

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

POUR LE

N^o 261

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Pierre CHAPPELLART

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris.

Ancien Interne de l'Hôpital St-Michel.

Né le 3 avril 1912, à Hanoï (Tonkin).

**Évolution post-opératoire
des Ulcères Gastro-Duodénaux
perforés**

Président : M. VILLARET, Professeur.

PARIS

AMÉDEE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1939

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Pierre CHAPPELLART

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris.

Ancien Interne de l'Hôpital St-Michel.

Né le 3 avril 1912, à Hanoï (Tonkin).

**Évolution post-opératoire
des Ulcères Gastro-Duodénaux
perforés**

Président : M. VILLARET, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1939

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRÉ.
Pathologie et thérapeutique générales	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	MONDOR.
Histologie	LEROUX.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	LAIGNEL-LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER.
Clinique médicale	CHIRAY.
	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
	LEREBOULLET.
	NOBÉCOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...

Professeurs sans chaire



HAZARD.
HOVELACQUE.
MULON.
OLIVIER.
SANNIÉ.
VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE	CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
BARIETY	COSTE
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	DOGNON
BEZANÇON	Physique.
(Justin)	FEY
Hydrologie.	Urologie.
BOULIN	FUNCK
Pathologie médicale.	Pathologie chirurgicale.
BULLIARD ... Histologie.	GALLIARD
CATHALA Pathologie médicale.	Parasitologie.
	GASTINEL
	Bactériologie.
	DE GAUDART D'ALLAINES. Patholo
	gie chirurgicale.

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES .. Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique
 JOANNON' Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL.. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LEVY . Pharmacologie.

MM.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENÉGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE.. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHEL Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

MM.
 LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ ... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.
 ALAJOUANINE.
 AUBERTIN.
 BRULE.
 CHABROL.
 DONZELOT.
 DUVOIR.
 LIAN.
 PASTEUR-VAL-
 LERY-RADOT.
 SEZARY.

Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROCC.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 MOURE.
 QUENU.
 VELTER.

Clinique chirurgicale

MM.

ECALLE.
 METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé
 LEDOUX-LEBARD
 RUPPE
 WEIL-HALLÉ

Education physique.
 Radiologie clinique.
 Stomatologie.
 Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARET

Professeur de Clinique Propédeutique à la Faculté de Médecine
de Paris.

Officier de la Légion d'Honneur.

*Qui m'a fait le très grand honneur de
présider cette thèse, en témoignage de pro-
fonde gratitude.*

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR FRANÇOIS MOUTIER

*Qui a bien voulu me suggérer ce travail
et me guider de ses précieux conseils. Qu'il
trouve ici l'expression de ma respectueuse
admiration et de ma vive reconnaissance.*

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE DELORT

Médecin de l'Hôpital Saint-Michel.

En témoignage de mon respectueux attachement et de ma profonde reconnaissance pour l'intérêt qu'il n'a cessé de me porter au cours de mon internat à l'Hôpital St-Michel.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HOVELACQUE

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris.

Chef de Travaux d'Anatomie.

*Qu'il veuille bien trouver ici l'assurance
de ma sincère reconnaissance et de mon
respectueux dévouement.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage :

1931. MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT
MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNEO
1932. MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CADENAT

Externat :

1933. MONSIEUR LE DOCTEUR BELOT
MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMANT
1934. MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUET
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE
1935. MONSIEUR LE DOCTEUR HALBRON
MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE
1936. MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PAUL
CHEVALLIER
1937. MONSIEUR LE DOCTEUR CLAUDE GAUTIER
1938. MONSIEUR LE DOCTEUR MAINGOT

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR WILMOTH

Professeur Agrégé.
Chirurgien des Hôpitaux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ALAIN MOUCHET

Chirurgien des Hôpitaux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ DUFOUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN ROYER

A MON AMI, RAYMOND THIBIER

INTRODUCTION

La thérapeutique chirurgicale des perforations d'ulcères gastro-duodénaux constitue un des plus beaux succès de la chirurgie d'urgence.

Ses résultats très brillants furent acquis dès que l'on put intervenir dans les heures qui suivent la perforation. Dans ces conditions la guérison immédiate était la règle et cela au prix d'une intervention très simple : la suture et l'enfouissement. Non seulement le malade était sauvé, mais les poussées douloureuses qui, généralement, avaient précédé l'accident, disparaissaient complètement. Ces premières constatations firent considérer le pronostic des perforations d'ulcères gastro-duodénaux comme relativement bénin. Il fut même classique d'admettre que la perforation était un mode possible de guérison de l'ulcère gastro-duodénal ou tout au moins sa dernière manifestation. Ainsi l'exprime l'aphorisme bien connu de BALFOUR : « Beaucoup d'ulcères naissent perforés et meurent suturés ».

L'étude d'un certain nombre de cas d'ulcères perforés entreprise avec un recul de plusieurs années devait malheureusement faire réviser ce pronostic si favorable. Les premières analyses importantes publiées à ce sujet semblent avoir été faites par PETREN

en 1912 et dans les années suivantes par CORNER, MORLEY — auteurs que citent MONDOR et LAURET dans leur travail de 1923. Ces auteurs étudient des statistiques de plusieurs dizaines d'opérés, et constatent que dans environ 40 % des cas des douleurs réapparaissent au bout de quelques années. Déjà ils insistent sur la nécessité chez ces malades d'une surveillance médicale suivie.

Bien des confirmations devaient venir appuyer ces premiers travaux. La maladie ulcéreuse survit donc à la perforation et à la suture de l'ulcère.

Pour obtenir de meilleurs résultats secondaires, plus que pour améliorer encore le pronostic immédiat, on s'attacha à pratiquer des opérations plus complètes. C'est ainsi que l'on proposa la thermocautérisation, la résection de l'ulcère. Ces techniques sont actuellement abandonnées.

La *gastro-entérostomie complémentaire* fut proposée dès 1893 (BAUN); elle est destinée d'une part à protéger les sutures dans les jours qui suivent l'opération, d'autre part, à mettre l'ulcère au repos et à favoriser sa guérison, surtout pour les ulcères pyloriques. Cette intervention est encore une des plus pratiquées.

A partir de 1920 s'est fait jour une nouvelle conception du traitement des ulcères perforés, la *résection étendue d'emblée*. Depuis les importantes communications de Pierre DUVAL à l'Académie de Chirurgie en 1922, de nombreux chirurgiens se sont ralliés à cette méthode.

- A l'heure actuelle, l'accord est loin d'être fait :
- suture simple;
 - suture avec gastro-entérostomie complémentaire;
 - suture et intervention secondaire pour gastro-entérostomie ou gastrectomie;
 - résection d'emblée.

Chacune de ces méthodes est ardemment soutenue par ses défenseurs. La raison en est que la nature même de l'ulcère gastro-duodéal reste mystérieuse et que, d'autre part, les résultats éloignés de ces diverses interventions sont encore mal connus.

De très nombreuses statistiques opératoires ont tenté de remédier à cette lacune; malgré tout leur intérêt, elles n'y sont pas tout à fait parvenu. Les causes d'erreur sont multiples et difficiles à éviter. Parmi celles-ci citons :

- le nombre de cas forcément limité;
- le recul insuffisant dans le temps;
- l'impossibilité matérielle de retrouver tous les malades opérés;
- la difficulté de mettre en parallèle les statistiques d'auteurs différents.

La plupart des opérés au bout de quelques années sont perdus de vue par leur chirurgien, surtout dans la clientèle hospitalière. S'ils souffrent à nouveau, ils s'adressent à un autre médecin.

Il nous a paru intéressant de rechercher parmi les malades vus à une consultation de gastro-entérologie ceux qui dans leur passé avaient eu un ulcère per-

foré. Il ne s'agit donc en aucune façon d'une statistique opératoire. Il n'est pas question de pouvoir apprécier la fréquence des « mauvais cas » que sont ces malades.

Nous tenons à remercier ici Monsieur le Docteur François MOUTIER, à qui nous devons l'inspiration de ce travail ainsi que les moyens de tenter de le mener à bien. Toutes les gastroscopies dont nous faisons mention ont été pratiquées par lui et nous devons à sa très grande obligeance d'avoir assisté à quelques-uns de ces examens.

GENERALITES

Les observations que nous avons pu réunir sont au nombre d'une vingtaine. Elles groupent des cas très disparates.

La date de la perforation remonte pour les uns à un ou deux ans; pour beaucoup le recul est plus important : cinq ans, dix ans, quinze ans même.

Il est à noter que toutes nos observations (sauf deux) concernent des hommes. Cette plus grande fréquence de la perforation chez l'homme est un fait qui ressort de presque toutes les statistiques, la proportion étant d'environ 10 pour 1. Par exemple, dans le travail récent de GANDY elle est la suivante : 176 hommes et 16 femmes.

Les renseignements que nous possédons sur ces perforations sont généralement tirés du seul interrogatoire des malades et par conséquent, souvent bien succincts.

Les interventions ont été pratiquées par des chirurgiens différents et même quelquefois à l'étranger. C'est dire que la technique et l'esprit dans lequel ont été posées les indications varient d'un malade à l'autre. La conduite chirurgicale d'urgence a été :

— une fois sur 3 : suture et gastro-entérostomie complémentaire;

— deux fois sur 3 : suture simple.

Beaucoup de malades ont subi une deuxième intervention; généralement il s'agissait d'une gastro-entérostomie, pour l'un d'eux seulement d'une gastrectomie. Il est à remarquer que ces interventions secondaires étaient motivées par des complications ou par la reprise des douleurs, mais que chez aucuns de nos malades, elles ne semblent avoir été décidées délibérément.

Quelques-uns parmi cette vingtaine de malades ne présentaient aucun malaise depuis leur perforation et ont accepté de se soumettre à un traitement et à une surveillance médicale systématique.

La plupart sont venus consulter pour des douleurs. Ces malades ont pu être soumis à divers examens, en particulier quinze d'entre eux ont eu une gastroscopie et nous en verrons tout l'intérêt.

La cause des troubles était : — soit un ulcère, — soit une gastrite, — soit des troubles mécaniques. Souvent ces lésions étaient associées d'une façon ou d'une autre.

Le syndrome gastrique de ces malades n'est donc pas univoque; il se trouve en rapport, en somme, avec la complexité de leur histoire :

— Passé ulcéreux.

— Perforation et épanchement du contenu gastrique dans la grande cavité péritonéale.

— Passé opératoire enfin.

Nous étudierons successivement :

I. L'évolution du syndrome ulcéreux.

II. Les syndromes non ulcéreux	}	Gastrites
		Sténoses
		Périviscérites
III. Les complications évolutives	}	Hémorragies
		Perforations
		Cancérisation.

SYNDROME ULCEREUX

L'ulcère de Cruveilhier est caractérisé par une évolution paroxystique dont les poussées successives sont séparées par des phases d'accalmie parfaite.

Au point de vue anatomique, il s'agit d'une perte de substance intéressant la muqueuse, sectionnant la *muscularis mucosae* et atteignant au travers de la sous-muqueuse, la musculéuse et même la sous-séreuse.

Cet ulcère passe par des phases d'activité puis de sommeil au cours desquelles il peut même disparaître à titre transitoire ou définitif.

C'est pourquoi on tend à substituer à la notion d'ulcère — maladie locale — la notion de maladie ulcéreuse, entité mystérieuse dont on ne sait précisément rien d'autre que cette tendance à recréer l'ulcère.

Dans le devenir des ulcères perforés, il faut donc considérer deux points :

- l'évolution locale de l'ulcère suturé;
- l'avenir de la maladie ulcéreuse.

I. — EVOLUTION LOCALE. — CICATRISATION DE L'ULCERE.

L'ulcère perforé et suturé peut cicatriser et disparaître pour toujours; les constatations anatomiques ne laissent aucun doute à ce sujet. LERICHE précise que cette cicatrisation s'observe même pour les ulcères calleux et que cette réparation se fait par simple rapprochement des bords, sans qu'il soit besoin ni d'avivement, ni d'excision.

Nous avons pu constater dans le cas suivant qu'il en était bien ainsi.

Un homme de 40 ans (obs. VIII) est opéré pour perforation d'un ulcère pyloro-duodénal gros comme une lentille siégeant dans une zone indurée grande comme une pièce de 50 centimes. En raison d'une hémorragie grave, survenue le 5^e jour, on réintervient après avoir remonté le malade, au total, deux mois après la perforation. Or, on ne trouve plus au niveau de la perforation qu'une séreuse dépolie. Il n'existe même plus trace de l'épiplooplastie qui avait été faite.

Chez des opérés, morts quelques mois après l'intervention d'une affection intercurrente, des constatations anatomiques ont permis la même conclusion. Tel le cas de LECÈNE, publié en 1924, concernant un jeune homme qui avait perforé un ulcère de la petite courbure et qui mourut 2 ou 3 mois plus tard de tuberculose pulmonaire. Il fut impossible de retrouver trace de la perforation.

Notre Maître, le Docteur MOUTIER, nous a dit en avoir observé un cas identique chez Albert MATHIEU. Un homme, d'une quarantaine d'année, mourut de pneumonie trois mois après suture, par RICARD, d'un ulcère perforé de la face antérieure de l'estomac au voisinage de la petite courbure. Une cicatrice quelconque ne put être décelée ni sur la séreuse, ni sur la muqueuse.

BLAGDON et SIMARD, en 1934, relatent la belle observation suivante :

Il s'agissait d'une perforation d'ulcère calleux de la petite courbure gastrique. La perforation siégeait dans une zone d'induration large de 2 pouces environ. L'intervention pratiquée fut une suture avec enfouissement. Deux mois après le malade mourut de tuberculose pulmonaire. A l'autopsie, on ne retrouva qu'une cicatrice rétractile à la place de la perforation. L'examen histologique de la pièce montre une plage cicatricielle recouverte d'une couche musculaire très mince et d'une muqueuse également très mince avec quelques glandes dilatées. Les couches musculaires externes n'existent plus.

La gastroscopie pourrait dans certains cas permettre de vérifier cliniquement cette cicatrisation. Nous n'avons pas trouvé mention de gastroscopies faites peu de temps après la perforation, mais les deux observations suivantes sont intéressantes. (Obs. V et IX).

Dans le premier cas, il s'agit d'une perforation d'ulcère gastrique. Cinq ans plus tard, l'examen

endoscopique montre l'absence de toute ulcération le long de la petite courbure.

Dans le second cas, il s'agit encore d'une perforation d'ulcère gastrique dont on ne retrouve la trace 10 ans plus tard que sous la forme d'une cicatrice siégeant à la face postérieure.

Parallèlement à ces constatations anatomiques, l'étude de l'évolution des signes cliniques montre que les douleurs disparaissent souvent après la perforation et sa réparation. La fréquence de ce fait sur lequel nous allons revenir permet de supposer que la cicatrisation est le processus habituel.

II. — DISPARITION DES DOULEURS.

C'est un fait bien banal que de voir disparaître les douleurs après la perforation chez un malade qui auparavant souffrait périodiquement depuis plusieurs années.

Lorsque les douleurs réapparaissent, c'est seulement après un laps de temps variable, mais qui est rarement inférieur à un an. Chez nos malades, qui cependant sont de « mauvais cas » et qui groupent non seulement des reprises ulcéreuses, mais des complications de toutes sortes, cet entr'acte existe dans presque tous les cas et parfois, est très important. Pour plus de quinze d'entre eux il est égal ou supérieur à 2 ans, deux fois seulement il est inférieur à 6 mois.

Dans d'autres statistiques nous avons pu retrou-

ver cette même période de bien-être après l'intervention d'urgence.

L'existence de ce temps d'arrêt succédant à la perforation est à notre avis un fait intéressant à considérer et cela à plusieurs points de vue :

a) Etant donné qu'un ulcère non traité est — en moyenne — rarement silencieux plus d'un an (MOUTIER), il faut admettre dans la perforation d'un ulcère et sa suture un facteur salulaire au processus ulcéreux lui-même.

— Est-ce un effet de la perforation elle-même ?

— Est-ce le résultat du rapprochement des bords de l'ulcère obtenu par la suture ?

— Est-ce le retentissement du traumatisme chirurgical sur la circulation et l'innervation de l'estomac ?

On ne pourrait que se livrer à des hypothèses.

b) Cette notion d'effet favorable nous ramène à la question de la guérison définitive.

Nous savons maintenant que cette guérison définitive n'est pas une règle ainsi que le voulait la conception classique. Par contre, il n'est pas douteux que cette heureuse éventualité se voit dans un certain nombre de cas, mais nous ne savons pas dans quelle proportion : les statistiques sont contradictoires à ce sujet. Nous ne connaissons pas de signes permettant d'affirmer la guérison. La disparition des signes cliniques, même pendant des années, et l'intégrité de la muqueuse ne sont pas des arguments définitifs.

c) Ces constatations montrent qu'aucune statistique post-opératoire n'est valable sans un recul considérable.

MOUTIER réunissant en 1932 une statistique de 600 ulcéreux a mis ce fait en évidence d'une façon frappante en montrant que : sur 177 malades supposés guéris, on n'en retrouvait plus en bonne santé que :

- 1 sur 2 — au bout de 5 ans.
- 1 sur 5 — au bout de 10 ans.
- 1 sur 20 — au bout de 15 ans.

Par conséquent les conclusions d'une statistique seront d'autant moins optimistes que les malades auront été suivis plus longtemps.

III. — REAPPARITION DES DOULEURS.

Chez un opéré pour perforation, évidemment ulcéreux ancien, ainsi qu'il résulte du fait même de la perforation, la réapparition d'un syndrome douloureux rythmé par les repas évoque l'idée d'un ulcère en activité.

Les résultats de l'examen radiologique et de la gastroscopie, les constatations chirurgicales montrent qu'il en est, en effet, ainsi dans un certain nombre de cas. De tels exemples ne manquent pas.

Nous avons constaté l'existence d'un ulcère en évolution chez 7 de nos malades. (Obs. II, IV, VI, VII, X, XIX, XXIII).

A divers points de vue comme la date de leur apparition, leurs sièges par rapport à la perforation, il convient de faire certaines distinctions.

a) **Les nouvelles manifestations éclatent dans les mois qui suivent la perforation.**

Il en est ainsi dans le cas suivant (obs. XIX) : un homme de 30 ans fait une perforation de la face antérieure de l'antra, sans avoir jamais souffert de l'estomac. On fait une suture. Moins de deux mois plus tard apparaissent des douleurs assez intenses pour lesquelles on réintervient quelque temps après. Il y a un très gros ulcère au même endroit.

Ces reprises de l'activité de l'ulcère dans les mois qui suivent la perforation se trouvent signalées par plusieurs auteurs. Rappelons les publications de LUQUET, LEWISOHN, CLAVEL et CARAJOD.

Il semble bien qu'il s'agisse là de la persistance en activité de l'ulcère qui s'est perforé. Ces faits semblent d'ailleurs rares. Peut-être s'agit-il de formes particulièrement graves et évolutives de certains ulcères gastro-duodénaux ?

b) **Les manifestations apparaissent dans les années qui suivent la perforation.**

Tel l'exemple du malade de l'obs. X : il s'agit d'un homme de 38 ans qui fait une perforation d'un ulcère de la face postérieure de l'estomac, ulcère qui s'était déjà manifesté par des douleurs épigastriques depuis un an. Cette perforation est suturée et à partir de ce moment le malade ne souffre plus du tout pendant 2 ans. Puis brusquement apparaissent des douleurs épigastriques, rythmées par les repas, d'horaire

tardif, irradiant à l'omoplate gauche, calmées par l'alimentation. En même temps, on remarque un amaigrissement de 2 kilogs.

La gastroscopie montre la présence de 6 petits ulcères de la face postérieure de l'estomac et dont l'un d'eux, le plus rapproché du pylore, paraît correspondre au siège de la perforation.

Ce cas représente le type habituel des rechutes ulcéreuses. L'ulcère réapparaît assez souvent comme c'est probablement le cas ici au même endroit que la perforation.

En voici un autre exemple : un homme de 35 ans (obs. XXIII) présente 3 ans après la perforation d'un ulcère du bulbe un nouvel ulcère pyloro-duodénal.

En d'autres cas, l'ulcère réapparaît à distance, tel le malade de l'observation VII qui avait eu une perforation duodénale et chez lequel un examen radiologique pratiqué pour des gastrorragies révéla l'existence d'une petite niche de la petite courbure (Il est à noter qu'un ulcère gastrique peut être contemporain d'un ulcère bulbaire perforé).

De tels cas montrent que la maladie ulcéreuse peut continuer à évoluer, la perforation n'étant qu'un accident au cours d'une poussée.

c) Les manifestations apparaissent très longtemps après la perforation.

Tels sont les malades des observations IV et VI chez qui la récurrence ulcéreuse s'est produite après un intervalle de 17 et 16 ans.

Comment faut-il interpréter ces cas ?

Faut-il admettre que la maladie ulcéreuse a persisté pendant toute cette période, évoluant sans donner de signes cliniques, ou bien seulement, quelques-unes de ces manifestations épisodiques discrètes si facilement oubliées du malade ?

Nous croyons plus logique d'admettre que ces malades présentent un terrain particulier et que le renouvellement de certaines conditions pathologiques a recréé la maladie.

Il s'agit là d'interprétations qui ne pourront être vérifiées ou infirmées que lorsque l'on connaîtra exactement la genèse de l'ulcère.

La distinction que nous avons faite entre ces différents cas est sans doute assez arbitraire et n'exclut pas la possibilité de cas intermédiaires. Cependant, nous croyons qu'elle correspond bien, tout au moins schématiquement aux trois facteurs qui conditionnent l'avenir de ces malades :

- 1°) l'évolution de la lésion locale, celle qui a donné lieu à la perforation;
- 2°) l'évolution de la maladie ulcéreuse;
- 3°) le terrain qui reste le même pour un même individu.

IV. — PRONOSTIC DE L'ULCERE RECIDIVANT APRES PERFORATION.

En présence d'un ulcère réapparu chez un ancien opéré pour perforation, que faut-il penser de son avenir ?

Doit-on admettre que la perforation antérieure est le témoin d'une malignité particulière de la maladie et que l'on doive, par conséquent, recourir le plus tôt possible à la gastrectomie

Il ne semble pas qu'il en soit ainsi. Chez deux malades, (obs. VII et obs. X), nous avons pu préciser la disparition des ulcères, vérifiée par la gastroscopie.

Chez un autre (obs. IV), nous avons constaté une nette amélioration après traitement médical.

Ces cas nous autorisent à penser que ces ulcères récidivant peuvent guérir par la thérapeutique habituelle et que celle-ci doit être tentée avant d'envisager un traitement chirurgical.

Certains ulcéreux peuvent présenter ainsi des poussées successives plus ou moins espacées. Ces poussées peuvent être parfaitement tolérables et, même en tenant compte des risques de complications propres à tout ulcère, les indications chirurgicales ne doivent pas être posées trop facilement chez ces malades.

SYNDROMES NON ULCEREUX

Parmi les ulcéreux anciens venus consulter pour divers troubles digestifs évoluant à plus ou moins de grande distance de leur perforation, l'existence d'un ulcère en phase d'activité ne s'est trouvée vérifiée que dans 1/3 des cas environ.

Chez les autres, suivant les cas, il s'agissait :

- de Gastrites;
- de Sténoses;
- de Périviscérites.

*
**

I. — LES GASTRITES.

La gastroscopie a permis de constater que les gastrites tenaient une place importante dans la pathologie de nos malades.

Sur 15 malades dont la muqueuse gastrique a pu être examinée, il existait 10 fois de la gastrite.

Au triple point de vue du diagnostic, du pronostic et de la thérapeutique, le dépistage de ces altérations de la muqueuse est indispensable. L'importance et le rôle que jouent ces gastrites est d'ailleurs variable et nous distinguerons schématiquement :

- a) Les gastrites ulcéreuses.

- b) Les gastrites diverses non ulcéreuses.
- c) Les gastrites associées à un ulcère vrai.
- d) Les gastro-jéjunites des gastro-entérostomisés.

a) Gastrites ulcéreuses.

Les deux cas suivants en sont des exemples nets (Obs. I et VIII).

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme qui fait une perforation d'emblée d'un ulcère de la face antérieure du bulbe. Il est pratiqué une suture et une gastro-entérostomie complémentaire.

Peu de temps après l'intervention, le malade se met à souffrir, assez légèrement, mais de façon presque continue. Cet état persiste plus de 10 ans, puis les douleurs augmentent d'intensité, sans qu'il y ait d'accalmies nettes; leur horaire est tardif et elles s'accompagnent de sensations de brûlures et de ballonnement.

La gastroscopie met en évidence l'existence d'une gastrite érosive localisée à la face postérieure.

Dans le second cas, il s'agit, chez un homme d'une quarantaine d'années, d'une perforation d'ulcère pyloro-duodénal pour laquelle une suture simple a été faite. Cette intervention a été suivie de complications graves, douleurs et hémorragies et deux mois plus tard on dut pratiquer une gastro-entérostomie.

Après un an d'accalmies les douleurs reprennent, douleurs sourdes, continues, irradiant à l'épaule gauche, à maximum tardif (à type de faim douloureuse), ne présentant pas de périodicité.

La gastroscopie montre l'existence d'une gastrite ulcéreuse de la face postérieure.

Ces 2 cas sont particulièrement nets et réalisent bien le syndrome habituel des gastrites chroniques. Les douleurs continues (à horaire le plus souvent précoce) sont généralement accompagnées de brûlures, d'aigreurs, de pyrosis, de ballonnement. Il n'y a pas de périodes d'accalmies nettes.

L'ingestion d'aliments ne soulage pas le malade.

Le chimisme gastrique montre souvent dans les gastrites des chiffres d'hyperacidité extrême, c'est le cas chez nos deux malades :

— Pour le premier : $H = 1,97$ — $A = 5,24$ (après histamine).

— Pour le second : $H = 2,45$ — $A = 3,50$ (après repas d'épreuve).

Ses gastrites sont susceptibles de présenter des poussées aiguës, soit initiales, soit au cours de l'évolution, simulant alors, plus ou moins, un ulcère.

Le malade de l'obs. VIII, 5 jours après l'opération présente un syndrome douloureux avec hémorragie grave. Il semble qu'il s'agissait dans ce cas d'une gastrite aiguë.

b) Gastrites diverses non ulcéreuses.

Chez d'autres sujets la gastroscopie décèle une altération de la muqueuse mais celle-ci est discrète ou ne semble pas jouer le rôle prédominant. Tel est le cas des malades suivants (obs. II-V-IX-XII).

Chez le premier, il existe une gastrite mamelonnée, d'ailleurs peu intense de la face postérieure, mais il s'agit d'un homme qui présente avant tout un syndrome de sténose pylorique lâche.

Chez le malade suivant (obs. V), il existe des douleurs continues para-ombilicales qu'il est possible de rattacher à une périviscérite reconnue antérieurement à l'intervention. La gastroscopie découvre un état mamelonné de la muqueuse avec augmentation des plis.

Un autre (obs. IX) n'accuse que quelques troubles vagues. La gastroscopie montre qu'il existe des plis développés, une muqueuse rouge et fragile dans un estomac qui présente des spasmes.

Le dernier (obs. XII) est porteur non seulement d'adhérences étendues, mais d'un ulcère peptique. La muqueuse est assez modifiée, plis très développés de la muqueuse antrale, sécrétion intense et pylorokinésie.

Ces cas montrent que la symptomatologie est souvent très floue; que, d'autre part, la gastrite coexiste fréquemment avec d'autres lésions (sténoses — périviscérites).

Par conséquent, la gastroscopie est susceptible chez tous les malades de révéler une gastrite que la clinique n'avait pas laissée prévoir.

c) Gastrites associées à un ulcère vrai.

C'est le cas des malades des obs. IV, X et XXIII.

Chez le premier, il s'agit d'une récurrence d'ulcère

après 18 ans de silence. Le syndrome clinique a tous les caractères des douleurs ulcéreuses et dure depuis 2 ans. La gastroscopie montre l'existence d'un ulcère vrai de la face postérieure et une gastrite mamelonée extrêmement intense en « capitules floraux » sur l'ensemble du fundus et surtout autour de l'ulcère.

Dans le deuxième cas, il existe 6 petits ulcères groupés sur la face postérieure, autour les plis sont très développés, la muqueuse est congestionnée. Les douleurs sont nettement à horaire tardif et calmées par les aliments.

Enfin, dans le troisième cas, il s'agit d'une récurrence d'un ulcère du duodénum perforé 3 ans plus tôt. Il existe une gastrite sous-cardiaque importante (leucogastrie ponctuée).

L'existence de ces gastrites pose certains problèmes pathogéniques sur lesquels nous reviendrons.

d) Gastro-jéjunite chez les Gastro-entérostomisés.

C'est le cas du malade de l'obs. VIII.

Ici le symptôme révélateur est constitué uniquement par des hémorragies répétées.

La gastroscopie montre une bouche haute, spasmée dont les bords sont œdématiés, rouge vermillon.

*
**

De l'étude de ces cas, il ressort plusieurs faits qui montrent l'intérêt de cette question :

1° Chez les anciens opérés pour perforation d'ulcère, la gastrite apparaît comme une complication fréquente.

En effet, sur 15 malades qui ont pu être soumis à un contrôle gastrosopique, 10 étaient porteurs de lésions inflammatoires de la muqueuse gastrique, c'est-à-dire les 2/3.

Nos constatations confirment les conclusions de nombreuses études portant sur les séquelles des interventions chirurgicales pour ulcère. Ces études soulignent l'importance du rôle joué par les gastrites.

Citons entre autres : LERICHE (Congrès de Chirurgie 1931), CREYSSEL et de MOURGŨE qui insistent sur la nécessité d'un régime diététique et d'une surveillance médicale post-opératoire, ZUCKCHWERDT (concernant les gastrectomies) — CAREY — enfin les importantes études de SCHINDLER et plus tard de KORBSCHE, de GUTZEIT, et de MOUTIER.

Ces travaux concernent les gastrites post-opératoires en général, chez les ulcéreux. Il est normal que les interventions pratiquées d'urgence pour perforation et, par conséquent, dans des conditions imposées par les circonstances donnent lieu aux mêmes déboires.

2° Ces gastrites semblent être particulièrement fréquentes chez les gastro-entérostomisés.

Sur 10 malades atteints de gastrite, 6 avaient eu une gastro-entérostomie; or, ces 6 cas correspondent aux

formes les plus franches et les plus intenses de gastrite.

La gastrite peut être secondaire à la gastro-entérostomie et les constatations gastroscopiques ont bien montré chez ces opérés l'existence pour ainsi dire constante de signes d'inflammation : gros plis, muqueuse rouge et fragile.

La gastrite peut être préexistante et c'est précisément à ce fait que l'on a attribué les échecs de la gastro-entérostomie (ainsi d'ailleurs que de certaines gastrectomies). Même des lésions seulement histologiques pourraient jouer ce rôle néfaste (MOULONGUET : la gastrite chronique folliculaire).

Or, chez les ulcéreux, ces gastrites sont fréquentes. Des lésions histologiques seraient même constantes pour des auteurs comme STORCK, KONJETZNY, WANKE). Sans tenir compte de ces lésions histologiques, on sait, par exemple, que la gastrite est presque la règle dans l'ulcère du duodénum.

3° Peut-être à cause de ce fait, les gastrites semblent se voir surtout après perforations duodénales.

Sur 6 malades précédents, 5 fois il s'agissait d'une perforation d'un ulcère duodénal.

4°) A côté de la gastro-entérostomie et de la perforation duodénale un autre facteur semble se trouver souvent en cause dans l'étiologie de la gastrite : ce sont des troubles mécaniques, tels qu'une sténose ou une périviscérite.

Chez nos malades, ces troubles se trouvent coexister avec la gastrite dans 3 ou 4 cas.

Les gastrites relèvent d'un traitement médical. Elles sont souvent tenaces ou récidivent avec une grande facilité.

Certains pensent que la gastrite est une lésion pré-ulcéreuse et même que gastrite et ulcère sont les deux aspects d'une même maladie. Cette conception ne semble pas vérifiée pour tous les cas. Toutefois, ces malades doivent être suivis de près.

Devant une gastrite érosive, rebelle et douloureuse, ou donnant des hémorragies à répétition, il conviendrait d'envisager un traitement chirurgical : la gastrectomie large.

Ces faits montrent l'intérêt du contrôle gastroscopique des opérés pour perforation ulcéreuse.

II. — LES STENOSES.

Chez quelques-uns de nos malades, il y avait une gêne de l'évacuation gastrique. La sténose peut porter sur la région pyloro-duodénale ou sur la bouche de la gastro-entérostomie.

a) Sténose pyloro-duodénale.

Ces troubles de l'évacuation gastrique ont des causes variables :

1°) la sténose peut être due à un *rétrécissement* produit par la suture de l'ulcère juxta-pylorique sur-

tout, s'il s'agissait d'un ulcère calleux ayant nécessité une grosse plicature de la paroi — d'où la nécessité de vérifier après suture le calibre du duodénum et de faire une gastro-enterostomie en cas de doute. C'est ce que l'on a fait, par exemple, pour le malade de l'observation I.

2°) Cette sténose peut être due aussi au *processus de cicatrisation de l'ulcère*. C'est peut-être le cas du malade de l'observation XX qui a fait une perforation extra-péritonéale et qui a guéri sans suture.

3°) Cette sténose peut être due à un processus de *périviscérite* (observation II).

Dans tous ces cas, il s'agit, par conséquent, de sténoses fixées, définitives. Toutefois, un élément spasmodique se greffe souvent sur ces sténoses organiques. Ceci explique le succès des thérapeutiques médicales qui ont été mises en œuvre chez nos malades sur leur propre demande.

Rappelons enfin que la sténose peut être liée à la présence d'un ulcère récidivant.

b) Sténose de la bouche de la gastro-entérostomie.

L'apparition de troubles de l'évacuation gastrique chez un gastro-entérostomisé n'est possible que lorsqu'il existe une sténose et du pylore et de la bouche d'anastomose.

Le malade de l'obs. XV nous en donne un exemple. Chez lui les troubles s'expliquent par une sténose sous-vatérienne spasmodique, alors que la gastro-entérostomie ne fonctionne pas. Il arrive, en effet, que

le transit continue à se faire chez un gastro-entérostomisé par le pylore, l'anastomose ne remplissant donc pas son rôle. C'est en général une découverte de l'examen radiologique; tel est le cas, par exemple, du malade de l'observation V.

Ces échecs de la gastro-entérostomie relèvent de plusieurs causes.

1°) Il peut s'agir d'une anomalie de la bouche :

- mauvaise implantation;
- dimension insuffisante;
- hypertrophie d'un pli;
- hernie jéjunale intra-gastrique;

tous accidents qui ne sont pas particuliers à la maladie ulcéreuse ni à la perforation.

2°) La sténose peut être d'ordre inflammatoire, être liée :

— à une stomite avec œdème et spasme (accident d'ailleurs souvent transitoire et susceptible de céder au traitement médical), ou

— à un processus cicatriciel rétrécissant progressivement et définitivement l'orifice. LUQUET en a publié un exemple très caractéristique.

C'est donc une conséquence de la gastrite dont nous avons eu l'occasion de souligner la fréquence chez nos malades.

III. — LES PERIVISCERITES.

Les périviscérités sont loin d'être rares. Elles jouent un rôle de premier plan dans la pathologie de plusieurs de nos malades.

a) Constatations anatomiques.

Lorsqu'un chirurgien réintervient pour une raison ou pour une autre chez ces anciens opérés, il n'est pas rare qu'il se trouve en présence d'adhérences plus ou moins importantes. C'est un obstacle à une nouvelle intervention quand le processus est intense et étendu.

Chez les malades des obs. V-IX-XII — par exemple — cette péritonite plastique a été ainsi constatée opératoirement.

Il peut s'agir d'un processus diffus intéressant tout l'étage sus-mégacolique de l'abdomen et le carrefour et avec le tractus digestif, les organes voisins, les épiploons, le pèritoine.

En règle, ces adhérences sont localisées autour de la perforation, c'est-à-dire au voisinage du pylore et il arrive souvent que l'on trouve toute la face antérieure du segment pyloro-duodéal fixée à la paroi antérieure.

Un autre siège d'élection est la région de la bouche de gastro-entérostomie, pouvant intéresser la bouche elle-même ou les anses jéjunales, en particulier au niveau de la brèche mésentérique.

Pour fréquentes que soient ces péritonites plastiques, elles ne sont pas constantes. Bien des malades n'en présenteront jamais, ou tout au plus quelques adhérences lâches. C'est que le terrain joue un rôle primordial : ces périviscérités ne semblent pouvoir se créer que chez certains sujets.

Ces conséquences des ulcères perforées ont été déjà

signalées surtout à propos de l'obstacle qu'elles pouvaient apporter à une intervention ultérieure. Mais les périviscérites jouent aussi indiscutablement un rôle important dans les complications cliniques tardives des perforations ulcéreuses. CURTILLET, dans une statistique récente, en souligne la fréquence.

b) Manifestations cliniques.

Au point de vue clinique il n'est pas douteux que certains syndromes pathologiques peuvent se rattacher à ces périviscérites. Ainsi dans les quelques cas suivants :

1°) Un homme de 59 ans (obs. III) a eu — il y a 14 ans — une perforation d'un ulcère gastro-duodéal. Il s'est remis à souffrir quelques années après; en raison des caractères des douleurs, on peut penser qu'il eut une récurrence ulcéreuse. Depuis quelques mois, ces douleurs se sont modifiées sensiblement. Elles sont plus continues et s'accompagnent d'anorexie, de vomissements, d'hémorragies, d'amaigrissement. Or, chez ce malade on ne trouve rien d'autre qu'une forte déformation de l'estomac.

2°) Un autre malade (Obs. V) fait une perforation d'un ulcère gastrique pour laquelle on a fait une résection en selle. On doit réintervenir un an après en raison de la persistance des douleurs. C'est alors qu'on trouve des adhérences entre l'épiploon, le foie et la petite courbure. On fait une gastro-entérostomie, mais par la suite des douleurs presque continues persistent et l'examen radiologique montre

une sténose complète de la bouche de gastro-entérostomie.

3°) En voici encore un exemple (obs. XXII). Un homme de 26 ans a été opéré à deux reprises, une première fois pour perforation d'un ulcère du bulbe qui fut suturé, une seconde fois, un an plus tard, on fit une gastro-entérostomie. Il revient consulter pour quelques troubles dyspeptiques intermittents. L'examen montre une rotation de l'estomac sur son grand axe en bas et en avant.

*
**

Ces manifestations cliniques sont rarement caractéristiques.

Les *douleurs* sont l'expression habituelle. Généralement ce sont des douleurs vagues, sans rythme, sans accalmies franches.

D'autres fois, lorsque, par exemple, la périgastrite intéresse un orifice, pylore ou bouche gastro-entérostomie, les douleurs sont rythmées par les repas.

Il peut y avoir de véritables paroxysmes, extrêmement intenses au point de rappeler une crise solaire.

Souvent il existe des troubles de l'état général, de l'amaigrissement, et parfois même des hémorragies, comme chez le malade de l'obs. III.

Par conséquent, les douleurs de la périgastrite n'ont pas de caractères particuliers. Elles peuvent simuler d'autres affections. Chez certains malades,

à système nerveux hypersensible, elles peuvent en imposer pour une névropathie.

Les *sténoses* viennent souvent préciser et accentuer le diagnostic de la *périgastrite*. Nous en avons vu les sièges habituels. Lorsqu'il s'agit de gêne portant sur une bouche de gastro-entérostomie, le syndrome réalisé peut être extrêmement variable. Il peut y avoir sténose de la bouche de gastro-entérostomie elle-même ou sténose d'une des anses créant une stase ou un reflux duodéal.

Nous n'insisterons pas sur cette pathologie des gastro-entérostomies, maintenant bien connue et qui n'a rien de particulier aux ulcères perforés.

Le diagnostic clinique exact de la périviscérite est délicat, non seulement à cause de l'absence de caractères particuliers du syndrome clinique, mais encore en raison de la difficulté qu'il y a à faire la preuve de cette périviscérite.

Il s'agit presque exclusivement d'un diagnostic radiologique. La gastroscopie peut cependant y faire penser en montrant une rotation ou même une torsion de l'estomac, des cloisonnements de la grande cavité gastrique ou une traction sur la gastro-entérostomie.

Une autre difficulté est de rendre cette périviscérite responsable des troubles ressentis par le malade.

On sait, en effet, que des *périgastrites* très étendues peuvent rester absolument latentes. Aussi, surtout dans les cas où il ne s'agit que de dyspepsies

plus ou moins franches, il y a toujours lieu d'être très prudent avant d'affirmer qu'une périviscérite est la seule cause des troubles présentés par le malade.

Chez le malade de l'obs. X, il existe en même temps une périgastrite et une gastrite.

Chez celui de l'obs. XII les faits sont encore plus complexes. Il s'agit d'une perforation duodénale suturée. Deux ans après éclatent des accidents de sub-occlusion de l'intestin grêle qui nécessite une intervention. Deux ans plus tard, ce malade est examiné à l'occasion de nouvelles dyspepsies. Il existe une périviscérite manifeste. Or, chez ce malade on trouve, à l'intervention, un ulcère peptique dont le diagnostic n'avait pas été cliniquement fait. Trois mois après cette 3^e intervention, le malade recommence à souffrir. Peut-être s'agit-il à nouveau de la périviscérite seule.

*
**

Il semble bien que ces périgastrites sont fréquentes chez les anciens opérés pour perforation d'ulcère gastro-duodénal. Cette fréquence peut être attribuée au fait qu'il y a un épanchement du contenu gastrique ou duodénal dans la cavité péritonéale et de ce fait infection atténuée ou irritation des séreuses. A ce point de vue, les manœuvres que nécessitent la gastro-entérostomie ne sont peut-être pas sans inconvénient.

Toujours est-il qu'il importe de penser à cette

cause possible de dyspepsies et la rechercher, mais il faut éliminer toutes les autres éventualités. Un examen complet est donc indispensable.

La question des périviscérites est complexe et sa compréhension est loin d'être toujours claire. Rappelons les deux points qui semblent acquis :

1°) un terrain spécial semble favoriser la formation de la périviscérite;

2°) le facteur déterminant est probablement une infection atténuée.

Pour toutes ces raisons, le traitement chirurgical ne doit être envisagé chez ces malades que lorsqu'il est imposé par une gêne à l'évacuation ou des douleurs intolérables. Sinon, il vaut mieux essayer des thérapeutiques médicales qui malheureusement sont rarement très efficaces.

COMPLICATIONS EVOLUTIVES

Hémorragies — Perforations — Cancer.

Les anciens opérés peuvent être revus non plus parce qu'ils souffrent, mais à propos d'une *hémorragie*, d'une nouvelle *perforation*, de l'apparition d'un *cancer*.

I. — LES HÉMORRAGIES.

Les **hémorragies** sont un accident relativement fréquent et qui soulève des problèmes intéressants; pas plus que les douleurs, elles ne doivent être considérées à priori comme une preuve de l'existence d'un ulcère.

Dans l'obs. III, il s'agit d'un homme qui a été opéré 14 ans auparavant pour ulcère perforé. Après 5 ans de silence, les douleurs sont réapparues et depuis quelques mois seulement du melæna à plusieurs reprises. Tous les examens pratiqués n'ont rien montré d'autre qu'une périgastrite importante, et aussi quelques anomalies radiologiques de la région juxta-pylorique de l'antré qui permettent de supposer la possibilité d'une lésion de la région.

Pour le malade de l'obs. VII, il s'agit d'un gastro-

entérostomisé qui a fait plusieurs hémorragies monosymptomatiques à plusieurs années de distance. L'examen radiologique signale une très petite niche de la petite courbure, ulcère que ne retrouve pas la gastroscopie; par contre, il existe une stomite nette.

Dans un troisième cas (obs. VIII), c'est un malade qui 5 jours après la suture d'une perforation ulcéreuse fait une hémorragie grave unique. Une nouvelle intervention pratiquée peu de temps après montre que l'ulcère a disparu, mais que la muqueuse gastrique est épaisse, granitée, vascularisée, laissant penser que l'hémorragie venait de la muqueuse et non de l'ulcère.

Enfin, dans le cas suivant (obs. XXIII) il s'agit d'un homme de 35 ans qui, quelques années après une perforation suturée, fait une hématomèse. Chez lui on trouve une gastrite sous-cardiaque (leucogastrie ponctuée) et l'intervention révèle l'existence d'un ulcère pylorique dégénéré.

Plusieurs éventualités doivent donc être envisagées chez un ancien perforé qui saigne.

1°) *Il existe un ulcère en activité.* Il est logique de lui attribuer l'hémorragie.

Cependant, rappelons que les études gastroscopiques (MOUTIER, René CHEVALIER) ont fait la preuve que les ulcères ne saignaient pas aussi souvent qu'on l'a cru autrefois. Quelques temps après une hématomèse on peut trouver au niveau de la muqueuse, autour de l'ulcère, des suffusions hémorragiques,

alors que l'aspect de l'ulcère n'indique pas qu'il ait saigné récemment.

2°) *On ne trouve pas de signes d'ulcère.* Il ne faut pas trop s'appesantir sur la possibilité d'un ulcère caché; l'étiologie ulcéreuse ne se vérifie que dans 1/4 environ des cas de gastrorragies.

GASTRITES HÉMORRAGIQUES. — La gastroscopie peut montrer l'existence de plis gros, turgescents, vivement colorés, avec souvent des dépôts pultacés. La muqueuse est fragile et marquée de suffusions sanguines, ou d'hémorragies punctiformes plus ou moins intenses.

Souvent la muqueuse est rigoureusement normale, c'est qu'il peut s'agir de lésions éphémères qui ont disparu lorsque l'on fait la gastroscopie. René CHEVALLIER insiste sur la fréquence de « gastrites hémorragiques » d'origine anaphylactique.

TROUBLES MÉCANIQUES. — Rappelons enfin que les hémorragies peuvent être, à défaut d'autre cause, rapportées à certains troubles mécaniques, sténoses, périviscérites, encore que la pathogénie des hémorragies dans ces derniers cas reste à démontrer.

Enfin, il va sans dire qu'un ancien ulcéreux opéré peut avoir une affection hépatique, ou splénique ou une appendicite qui explique une gastrorragie.

Deux cas particuliers restent à envisager :

3°) *Il s'agit d'un gastro-entérostomisé.* — Si les hémorragies sont accompagnées de douleurs très in-

tenses, il est logique de penser à un ulcère peptique. En fait, on a affaire plus souvent à une gastrite ou à une gastro-jéjunite : lésions inflammatoires qui peuvent donner des hémorragies à répétition et souvent mono-symptomatiques.

4°) *Il s'agit d'hémorragies graves dans les jours qui suivent la perforation.* — Quelquefois, il s'agit d'une hémorragie au niveau de l'ulcère perforé et suturé. MONOD (cité par BROcq et ABOULKER) en rapporte un exemple précis.

Souvent il ne semble pas en être ainsi, beaucoup d'observations ne sont pas explicites sur ce point.

Dans notre cas (obs. VIII) il est probable qu'il s'agissait d'une poussée congestive au niveau de la muqueuse.

D'autres fois, il s'agit de conséquences de l'intervention proprement dite : hémorragies provoquées par un fil de suture ou par une chute d'escarre.

II. — LES PERFORATIONS ITERATIVES.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'en observer. Nous nous contenterons donc de rappeler le travail récent de J. GOSSET, JOUANNEAU, ALLAMAND qui en publient deux cas et ont pu en retrouver plus de 60 autres dans la littérature médicale. Ces perforations itératives constituent évidemment une preuve péremptoire de reprise du processus ulcéreux et justifient donc une surveillance rigoureuse des malades après l'intervention. Il ne semble pas que ces

perforations itératives aient une mortalité supérieure aux autres. La question n'est pas définitivement tranchée de savoir si cet accident est particulièrement à craindre chez le malade dont l'ulcère a déjà manifesté ainsi sa tendance évolutive.

La gastroscopie, par l'examen direct de l'ulcère, permet — tout au moins pour les ulcères gastriques — d'apprécier la tendance de ceux-ci à creuser la paroi gastrique. Ainsi, dans le cas de l'obs. X il existait six ulcères, tous ténébrants, de la paroi postérieure et qui pouvaient faire craindre la perforation. Un 2^e examen devait, d'ailleurs, montrer leur complète disparition.

III. — CANCER.

Un homme de 37 ans (obs. XVIII), avait été opéré pour perforation d'un ulcère de l'antré. Huit mois plus tard, apparaissaient les premières manifestations cliniques d'un cancer gastrique déjà évident à l'examen radiologique. L'intervention fut pratiquée peu de temps après et l'on se vit en présence d'une tumeur volumineuse et inextirpable.

Il semble qu'il y ait eu là greffe d'un cancer sur un ulcère. Peut-être aussi s'agissait-il de la perforation d'un cancer ?

Le cas de l'observation XXIII est caractéristique. Il s'agissait d'une perforation d'un ulcère du bulbe. Une gastrectomie pratiquée plusieurs années après, à cause d'une hématomèse, permettait de vérifier l'exis-

tence d'un ulcère pyloro-duodénal dont une extrémité s'étendait jusqu'au versant gastrique. Cette partie empiétant sur la muqueuse gastrique était le siège d'une dégénérescence cancéreuse.

Cette prédisposition à la malignité des ulcères gastriques est bien connue. On sait qu'elle n'existe pratiquement pas pour les ulcères duodénaux. On sait aussi que parmi les ulcères gastriques ceux de l'antrum sont, à ce point de vue, les plus redoutables. Cette région est le siège électif des cancers de l'estomac.

La fréquence de la transformation maligne est diversement appréciée suivant les auteurs. Rien ne permet de penser pour l'instant que cette fréquence soit influencée en plus ou en moins par le fait de la perforation.

L'existence d'un ulcère de la région antrale doit donc inciter à une surveillance plus étroite et à une décision opératoire rapide au cas où le traitement médical n'amènerait pas un résultat satisfaisant.

DIAGNOSTIC

Un ancien ulcéreux perforé qui souffre n'est pas fatalement un ulcéreux. En tout cas, il importe de faire un examen complet.

Toute précision sur le passé du malade, sur les caractères et le siège de la perforation, sur l'intervention pratiquée est, évidemment, des plus utiles.

Un interrogatoire attentif permet souvent une orientation diagnostique. On connaît les éléments principaux des différents syndromes douloureux.

L'examen physique donne rarement quelque précision. Il est capital d'examiner la cavité buccale, pour ne pas méconnaître une glossite, des aphtes, une mauvaise denture, un foyer d'infection locale, pyorrhée, carie dentaire, pharyngite.

La radiologie et la gastroscopie sont les meilleurs moyens d'investigation. L'idéal serait de les associer toujours, les deux sont indispensables à un examen complet, ils ne s'excluent pas l'une l'autre, mais se complètent.

EXAMEN RADIOLOGIQUE.

Cet examen pour avoir tout son rendement doit être conduit avec une technique et un matériel impeccables.

Il doit être complet, comporter une bonne étude radioscopique, la prise de films sous diverses incidences, avec et sans compression, dans des positions différentes.

La région pyloro-duodénale doit être bien exposée et cela par la recherche de l'obliquité favorable. Le duodénum doit être étudié par des clichés en série de façon à saisir les différents temps du transit bulbaire.

L'étude de la muqueuse par les imprégnations en couche mince est susceptible d'apporter des renseignements intéressants. C'est un temps d'examen radiologique qui mériterait d'être souvent ajouté à l'examen classique.

Nous ne parlerons pas de l'interprétation radiologique et du diagnostic de l'ulcère bien connus maintenant. Mais, chez ces anciens perforés suturés un problème se pose souvent : celui de l'image radiologique laissée par la suture.

Cette question ne semble pas avoir été beaucoup étudiée jusqu'ici.

GRUNBERG et JONCKHEERE ont décrit une image particulière à ces ulcères suturés : image en 3 de chiffre avec 2 boucles égales et un milieu effilé. Cette image est due aux modifications mécaniques provoquées par la suture, qu'il s'agisse d'une suture invaginante pour les pertes de substances étendues — d'une suture oblitérante pour les pertes de substances peu étendues. Cette image semble devoir être plus fréquente dans les ulcères de la petite courbure.

Bien souvent l'aspect n'est pas si caractéristique, surtout au niveau du duodénum :

— quelquefois c'est une lacune due à la présence de la muqueuse enfouie;

— plus souvent c'est une grosse déformation sans caractères particuliers. COTTENOT conseille dans ce cas de refaire un examen après atropine;

— il se peut même que l'image créée par la suture soit une tache opaque résiduelle et simule une niche.

Dans la région pré-pylorique l'aspect créé est quelquefois un défilé étroit allongé remplaçant l'image un peu renflée habituelle.

C'est dire que l'interprétation de tels clichés est délicate. On est alors obligé de tenir compte de la présence ou non des signes secondaires qui accompagnent habituellement un ulcère en activité : hyperkinésie, hypersécrétion.

A côté du dépistage des ulcères, la radiologie est indispensable au diagnostic des sténoses, des périviscérites, des accidents de la gastro-entérostomie.

EXAMEN GASTROSCOPIQUE.

La gastroscopie est un moyen d'exploration dont la valeur ne cesse de s'affirmer. L'appareil flexible de WOLF-SCHINDLER a permis de faire entrer cet examen dans la pratique courante.

Nous ne parlerons pas ici de sa technique. Signalons que l'interprétation correcte des aspects gastrosopiques exige une certaine expérience de la part de

l'opérateur et qu'il en est ici comme de l'interprétation des clichés radiologiques.

Dans le diagnostic des *ulcères*, des *gastrites*, des *complications de la gastro-entérostomie*, la gastroscopie peut fournir des précisions inappréciables.

L'ulcère gastrique.

1^o) *L'ulcère est connu, il est intéressant de connaître son aspect.* Quelquefois l'ulcère n'est pas visible gastroscopiquement, par exemple, lorsqu'il est caché par une bourse de contraction.

L'estomac de l'ulcéreux est, en effet, généralement un estomac petit, hypertonique, intolérant à l'air, présentant de grands mouvements péristaltiques et des spasmes qui gênent l'examen.

En règle générale on parvient à voir l'ulcère et le premier intérêt est de fixer son aspect, ses dimensions, ce qui permettra d'apprécier ultérieurement ses modifications.

Il n'est pas rare que la gastroscopie découvre des ulcères multiples, ceux-ci n'étant pas exceptionnels. Enfin, elle permet de préciser l'état de la muqueuse autour de l'ulcère et l'existence ou non de gastrite associée.

La gastroscopie ne permet pas de voir les ulcères pyloro-duodénaux mais ceux-ci s'accompagnent presque toujours d'altérations de la muqueuse de l'antrum et la coïncidence d'un ou deux ulcères de la petite courbure n'est pas rare (12 % des cas pour MOUTIER).

2°) *La gastroscopie peut montrer l'existence d'un ulcère qui a échappé à l'examen radiologique*, du fait de son siège, ou du fait de certaines conditions anatomiques. Tels sont les ulcères dormants. Il n'y a alors généralement ni spasmes ni contractions, l'ulcération a des contours peu nets, le fond est détergé rougeâtre souvent criblé. Parfois, c'est une simple tache sur la muqueuse. Ces ulcères représentent une lésion en phase de cicatrisation ou au contraire de réveil.

3°) *La gastroscopie permet de suivre l'évolution d'un ulcère*, de vérifier ou sa cicatrisation complète ou sa persistance à l'état de niche ou d'ulcère dormant, de dépister un réveil ou une récurrence in situ.

Les études gastroscopiques ont permis, en effet, de montrer que l'évolution n'est pas toujours parallèle aux manifestations cliniques, d'où l'intérêt d'examen répétés.

Les gastrites.

Leur diagnostic est essentiellement du domaine de la gastroscopie auquel revient le mérite d'en avoir montré la fréquence. Nous avons vu tout l'intérêt de cette question.

Les complications de la gastro-entérostomie. —

L'examen gastroscopique est ici encore du plus haut intérêt. Il permet de préciser le siège exact de la bouche anastomotique, ainsi que ses dimensions et même sa motricité. La muqueuse est rarement normale et la gastroscopie permet seule de préciser le

degré de la gastrite surtout au niveau de l'orifice gastro-jéjunal. Parfois, elle permet de voir une ulcération à cheval sur les deux versants gastrique et jéjunal.

En conclusion, une étude exacte de la muqueuse gastrique ne peut se faire qu'à l'aide du gastroscope. Or, nous avons vu l'importance diagnostique et pronostique liée à la connaissance de l'état de cette muqueuse.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES.

Quelques examens de laboratoire peuvent apporter un appoint intéressant au diagnostic.

1°) *l'étude du chimisme gastrique* est souvent intéressant. L'existence d'une hyperacidité élevée est généralement l'indice d'altérations de la muqueuse. Au cours de l'ulcère, l'hyperacidité est fréquente mais non constante. Les chiffres les plus élevés se voient au cours de gastrites.

2°) *le cyto-diagnostic* est rarement pratiqué. Il pourrait cependant servir à suivre l'évolution de lésions gastriques, ulcère, gastrite ou gastro-jéjunité, en montrant une polynucléose intense dans les états inflammatoires.

Citons enfin :

3°) *la recherche de l'hématine dans les fèces,*

4°) *la numération sanguine.*

THERAPEUTIQUE

Au point de vue thérapeutique, il y a 3 points à considérer :

1°) la conduite chirurgicale à tenir en présence de la perforation;

2°) la conduite médicale à tenir après l'intervention;

3°) la conduite à tenir en présence de complications ultérieures.

*
**

I. — CONDUITE CHIRURGICALE EN PRESENCE D'UNE PERFORATION ULCEREUSE.

Cette question a été déjà longuement débattue. On a préconisé tour à tour diverses méthodes :

— la suture simple;

— la suture avec gastro-entérostomie complémentaire;

— la résection d'emblée;

— la suture simple suivie dans les semaines suivantes d'une gastrectomie.

Aucune de ces méthodes ne s'est avérée parfaite.

Les résultats auxquels il faut tendre et qu'il importe de concilier sont :

— le minimum de mortalité immédiate;

— le minimum de troubles tardifs post-opératoires.

Les interventions qui sont à l'heure actuelle le plus souvent pratiquées sont la suture simple et la suture avec gastro-entérostomie complémentaire.

La résection d'emblée est très préconisée actuellement. Elle aurait pour elle de meilleurs résultats secondaires mais elle est aussi plus meurtrière. Elle ne saurait, d'ailleurs, être tentée que dans les cas vus tôt et dans de bonnes conditions de réalisation technique.

Chez aucun de nos malades il n'a été fait de résection d'emblée. Ce serait là une preuve de ses bons résultats secondaires si cette résection était pratiquée aussi souvent que les autres interventions.

Pour la gastro-entérostomie, nous ne disposons pas de statistique d'ensemble permettant de dire si les résultats tardifs sont meilleurs. Les seules conclusions que nous puissions tirer de nos observations sont les suivantes :

— la gastro-entérostomie n'empêche pas la récurrence ulcéreuse;

— elle semble favoriser l'éclosion de gastrites et peut-être de périviscérites;

— elle a, en outre, l'inconvénient de rendre les interventions ultérieures plus délicates.

Pour ces raisons, nos préférences vont à la suture simple. Ses résultats éloignés sont très comparables à ceux des gastro-entérostomies. Elle a l'avantage de laisser l'estomac dans des conditions sensiblement

normales pour une intervention ultérieure éventuelle. Elle laisse le malade courir sa chance de guérison avec, en somme, « *restitutio ad integrum* ».

Nous excluons, naturellement, les cas où la suture n'est pas possible ou bien ne réalise pas une obturation assez sûre de la perforation.

II. — CONDUITE MEDICALE POST-OPERATOIRE.

C'est ici le temps médical qu'il faut nettement admettre puisque, la suture d'un ulcère perforé n'arrête pas fatalement l'évolution de l'ulcère et en tout cas, ne modifie pas le terrain de la maladie ulcéreuse.

Les soins post-opératoires méritent donc une attention toute particulière. Ils doivent comporter :

- a) un régime diététique prolongé;
- b) un traitement systématique;
- c) une surveillance médicale régulière.

LE RÉGIME comportera pendant un mois, durant lequel le malade cessera toute activité professionnelle, une alimentation dirigée : aliments finement divisés (purées-bouillies) et certaines précautions : manger lentement, multiplier les repas, les faire suivre d'un repos allongé pendant $\frac{1}{2}$ h. ou une heure.

Ensuite, le régime sera progressivement élargi et les interdictions seront finalement limitées à la suppression de l'alcool, des conserves, des crudités, des légumes secs, des mets épicés, des sauces, des bouillons gras.

La suppression du tabac est des plus indiquées.

Ce régime devra être suivi au minimum un an. Il doit être appliqué avec plus de rigueur encore chez les gastro-entérostomisés et les gastrectomisés.

LE TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX dirigé contre l'ulcère doit être poursuivi régulièrement et longtemps. Il comportera essentiellement des prises quotidiennes de *bismuth*, de préférence de sous-nitrate à la dose de 10 à 20 gr. Ce traitement sera suivi le plus longtemps possible, au moins par cures mensuelles de 10 à 20 jours.

La *mucine* a une action moins intense et moins sûre. Le *kaolin* est très inférieur. Le *charbon activé* serait, par contre, assez actif et son association au *bismuth* à retenir.

A ce traitement on associera des cures successives d'un ou de plusieurs des produits suivants : *extraits parathyroïdiens*; *histidine*; *histamine*; *substances protéiques*; *pepsine*.

C'est en somme le traitement de l'ulcéreux dans l'intervalle des crises, nous n'y insisterons pas.

LA SURVEILLANCE MÉDICALE est donc indispensable. Le malade sera revu tous les mois, puis tous les trois mois. On surveillera son poids; on s'assurera qu'il n'existe pas de foyer infectieux au niveau de ses dents, de son pharynx.

Il sera utile de pratiquer de temps en temps quelques examens : chimisme gastrique, recherche d'hématine dans les fèces, et surtout examen radiologique et même si possible gastroscopique.

Nous avons pu observer quelques malades ainsi traités (obs. XIII, XVI, XIV et XVII).

Le temps écoulé est respectivement de 2 ans, 9 ans, 7 ans, 5 ans et ces malades n'ont pas eu de rechutes douloureuses. Seuls les deux derniers ont eu des troubles intestinaux dûs à la gastro-entérostomie.

Par contre, un autre malade (obs. X) a fait une récurrence ulcéreuse après 18 mois d'un traitement particulièrement bien suivi.

Sans en attendre des résultats définitifs il semble donc que l'on pourrait espérer grâce à ces soins une sensible amélioration des résultats post-opératoires.

Nous n'ignorons pas à quelles difficultés se heurte un tel programme thérapeutique. Les malades sont particulièrement rebelles à tout traitement prolongé surtout lorsqu'ils ne souffrent pas.

Il semble que les médecins (tout au moins quelques-uns d'entre eux) aient renoncé à obtenir un tel effort des malades. Quelques opérés que nous avons pu interroger à ce sujet n'avaient même pas été prévenus d'avoir à suivre un régime ou un traitement un peu prolongé. Ce découragement est certainement pour beaucoup dans la recherche d'une thérapeutique chirurgicale dite « radicale ». Malheureusement, ces interventions importantes sur l'estomac exigent des soins post-opératoires tout aussi suivis. Nous croyons donc que tous les efforts doivent porter sur l'amélioration de la collaboration médico-chirurgicale.

Il serait intéressant de comparer sur des statistiques importantes l'avenir des malades simplement

suturés puis traités médicalement, à celui des autres opérés.

III. -- CONDUITE THERAPEUTIQUE EN PRESENCE DE COMPLICATIONS ULTERIEURES.

Il est évident que la thérapeutique s'inspirera du diagnostic posé.

1°) *Il s'agit d'un ulcère.* — On mettra en œuvre la thérapeutique habituelle. Les cas que nous avons pu étudier nous montrent que l'on peut très bien assister à la cicatrisation de ces nouveaux ulcères. La thérapeutique chirurgicale ne doit donc être envisagée qu'après un essai sérieux de traitement médical.

En présence d'une complication telle que sténose ou hémorragie, les indications thérapeutiques seront à discuter comme à l'habitude dans ces cas.

2°) *Il s'agit d'une gastrite.* — Il faut savoir qu'on aura bien souvent du mal à faire céder les troubles. Voici les grandes règles du traitement d'après un travail récent que notre Maître, le Docteur F. MOUTIER, a eu l'obligeance de nous communiquer (Thérapeutique des gastrites sous le contrôle de la gastroscopie).

a) **Poussée aiguë de gastrite.**

Il faut exiger le repos et mettre le malade à un régime comportant : viande hachée, légumes verts passés, purés.

Les médicaments seront essentiellement :

— l'*atropine*, par la bouche et surtout en injections;

— l'*histamine*, en injections, à la dose de 1/1000 à 1/10.000 de milligramme;

— le *collargol*, en solution de 2 pour 300 (une cuillerée à soupe, $\frac{1}{2}$ heure avant chacune des 3 principaux repas);

— la *mucine*, prise quelques heures après les repas.

b) **Gastrite chronique.**

(Gastrite érythémato-pultacée ou mamelonnée ou gastrite ulcéreuse).

A côté du *collargol*, de l'*histamine*, de la *mucine* qui constituent les médicaments de base, de bons résultats peuvent être obtenus avec : le *liniment oléocalcaire*, la *gélobarine*, le *sous-gallate de bismuth*.

On a souvent avantage à associer ces médicaments avec les antispasmodiques : l'*atropine* et la *papavérine*, la *belladone*, la *jusquiame*, l'*anémone pulsatile*, le *saule blanc*, la *passiflore* ou bien le *gardénal* à doses réfractées.

Enfin, éventuellement, on essaiera la *Vitaminothérapie* (Vitamine A.), la *Vaccinothérapie*.

En présence d'une gastrite ulcéreuse rebelle douloureuse, il faut envisager une thérapeutique chirurgicale qui consistera en une résection étendue.

3°) *Il s'agit de périviscérités douloureuses.* — C'est là un des cas où il est le plus difficile de soulager le malade. Outre les injections d'*ether-benzy'-cinnamique*, on essaiera de mettre en œuvre une thérapéu-

tique palliative, surtout physiothérapique : *diathermie, ondes courtes, infra-rouge*.

La thérapeutique chirurgicale que l'on est quelquefois obligé d'envisager n'est souvent pas moins aléatoire.

*
**

De ces considérations il ressort que la question du devenir des malades opérés pour perforation d'un ulcère gastro-duodénal ne saurait se trouver tranchée par telle ou telle conduite thérapeutique au moment de la perforation, ni ultérieurement par une décision chirurgicale systématique.

La conduite la plus prudente nous semble être la suivante :

— au moment de la perforation, l'intervention minima;

— par la suite, une thérapeutique médicale sérieuse, prophylactique et curatrice le cas échéant;

— en cas d'échec, la résection large.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

GASTRITE ÉROSIVE PSEUDO-MEMBRANEUSE

M. Ba..., âgé de 40 ans.

La perforation remonte à 12 ans. Il n'y avait aucun antécédent dyspeptique. La perforation siégeait sur la face antérieure du bulbe.

L'intervention est pratiquée à la 22^e heure, il est fait une suture et à cause de la diminution du calibre du duodénum, une gastro-enterostomie complémentaire postérieure, transversale, iso-péristaltique, à la soie.

Peu de temps, semble-t-il, après l'intervention, le malade commence à souffrir de façon presque permanente pendant 11 ans. Puis les douleurs deviennent beaucoup plus nettes. Elles sont tardives, calmées par les aliments, s'accompagnant d'une sensation de ballonnements et de brûlures.

Le malade maigrit de plusieurs kilos.

L'examen physique ne révèle rien d'autre qu'un état saburral de la langue.

L'examen radiologique ne montre rien d'anormal, le passage est facile par la bouche de la gastro-entérostomie et le pylore.

Le chimisme gastrique montre une hyperacidité (après Histamine H = 1,97, A = 5,24).

Le malade est soumis à un traitement comportant : régime, bismuth, atropine.

Revu au bout de un mois, il souffre moins, mais accuse encore quelques douleurs tardives de temps en temps.

On pratique alors une gastroscopie.

Gastroscopie. — L'examen est exceptionnellement difficile du fait de la hauteur des dents, de l'intolérance à l'air. L'estomac dans son ensemble est normal, l'antré très petit, le pylore aperçu. La G. E. se trouve en amont du pilier postérieur au 1/3 inférieur de la face postérieure, entrevue seulement un instant dans la partie inférieure. Elle est complètement cachée par le surplomb d'amont formé par la face postérieure extrêmement gonflée. A la partie inférieure du surplomb, il y a une lésion très particulière : 2 petites cicatrices en étoile, filiformes, blanches, beaucoup plus minces et déliées que les cicatrices d'ulcère. Sur une étendue de 5 cm. la muqueuse a un aspect blanchâtre, irrégulier, comme mâchuré. La lésion paraît surtout érosive. Elle tourne au-dessous du surplomb sans qu'on puisse en voir les limites inférieures.

Pas d'hypermyxie. Aucune fragilité.

Le malade est soumis à un traitement comprenant : régime, bismuth, collargol.

Le résultat est bon mais pendant un temps très court. Les douleurs reprennent deux mois après.

OBSERVATION II.

ULCÈRE DE LA PETITE COURBURE. — STÉNOSE PYLORIQUE LACHE, PEUT-ÊTRE PAR PÉRIDUODÉNITE. — GASTRITE MAMELONNÉE DISCRÈTE.

M. Bon..., âgé de 43 ans.

La perforation remonte à 2 ans. Les antécédents gastriques remontaient à 12 ans, mais la perforation est survenue à la fin d'une période de 7 ans sans douleurs. La perforation siégeait près de la petite courbature gastrique.

L'intervention pratiquée à la 17^e heure fut une simple suture. Pendant 6 mois aucun trouble, mais depuis plus d'un an sont apparus des malaises à type de pesanteur post-prandiale.

L'examen physique décèle un clapotage net 4 heures après

le petit déjeuner. Le tubage ramène 500 cc. de liquide hyperacide ($H = 1,24$. $A = 2,92$).

Gastroscopie. — Estomac pâle, lavé, couvert de petits dépôts pultacés, d'aspect pulvérulent. Plis peu nombreux, kinésie antro-pylorique normale, muqueuse non fragile. Gastrite mamelonnée discrète de la face postérieure. Au milieu de la petite courbure fundique, ulcération de 4 à 5 mm. de diamètre, brunâtre à fond hachuré, ovalaire selon l'axe.

Pendant 3 mois le malade est soumis à un traitement comportant bismuth et atropine.

Un *Examen radiologique* pratiqué alors montre un bulbe déformé, atrésié, mais l'évacuation est assez satisfaisante, dans un délai à peu près normal.

Le traitement médical est continué avec en outre du col-largol et d'éther-benzyl-cinnamique et des cures d'extrait parathyroïdien, d'histamine.

Le malade suivi de très près ne souffrant pas, ne maigrissant pas, l'intervention est différée jusqu'ici.

OBSERVATION III.

(SERVICE DE MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARET).

PÉRIVISCÉRITE. — VRAISEMBLANCE DE LÉSIONS JUXTA-PYLORIQUES.

M. Ch..., âgé de 59 ans.

La perforation remonte à 14 ans. Elle avait été précédée par 30 ans d'antécédents gastriques.

La perforation dont le siège est inconnu fut simplement suturée.

Pendant 5 ans, aucun trouble. Depuis 9 ans, les douleurs ont repris, douleurs tardives, calmées par les aliments, survenant par poussées. Depuis quelques mois se sont greffées en outre, de l'anorexie, des vomissements, des hémorragies, hématomèse et melaena. Amaigrissement de 15 kilogs.

La recherche de l'hématine dans les fèces est positive.
Le *chimisme gastrique* est franchement hyperacide. Après histamine : H = 2,87. A = 3,06.

La *numération sanguine* est la suivante :

G. R.	3.940.000
G. B.	7.000
Hem.	90 %
V. G.	1,15

L'examen radiologique montre un estomac hyperkinétique, s'évacuant facilement et l'existence de quelques irrégularités de la région pyloro-bulbaire.

Gastrosco pie. — Spasmes étagés. Antre très fermé. Pas de gastrite mamelonnée, plis normaux, quelques très petites taches érythémateuses sur le fer à cheval. Après suppression du spasme on ne voit qu'une faible partie de la face antérieure antrale. En effet, l'antré est dirigé à droite et en arrière en rétroposition totale. En outre, prolongeant l'angle gastrique le pilier antérieur s'insère horizontalement à la perpendiculaire sur la face antérieure. Il y a donc torsion d'avant en arrière en même temps que rétroposition.

Résumé : Vraisemblance de lésions juxta-pyloriques avec périviscéríte.

Le malade est hospitalisé plus de deux mois, le repos et le traitement médical l'améliorent nettement.

OBSERVATION IV.

ULCÈRE DE LA FACE POSTÉRIEURE. — GASTRITE MAMELONNÉE INTENSE.

M. Cl..., âgé de 37 ans.

La perforation remonte à 19 ans. Elle siègeait sur le duodénum. Intervention : suture et gastro-entérostomie complémentaire.

Pendant 17 ans, aucun trouble. Depuis 2 ans sont apparues

des douleurs épigastriques intenses, calmées par les aliments, d'horaire tardif, périodiques, apparaissant par cycles de 15 jours séparés par trois mois d'accalmie.

L'examen radiologique est absolument négatif au point de vue ulcère, le bulbe se remplit bien. L'estomac est tonique mais dilaté. Le passage se fait lentement par la gastro-entérostomie.

GastroscoPie. — Estomac hypertonique large mais court, antre et pylore normaux (forme et mouvement). La G. E. est au milieu de la face postérieure en amont du pilier postérieur. (à 3 cm. de lui). L'orifice unique de la gastro-entérostomie est elliptique, bas; à son pôle antérieur siège une dépression fissuraire, perdue dans les plis qui répond peut-être à une cicatrice. Au milieu de l'espace situé entre la G. E. et le pilier postérieur se trouve un ulcère enfoncé dans une dépression radiée, cet ulcère a 6 mm. de diamètre environ, ovulaire à fond blanc, à bords carminés. On a l'impression très nette qu'il est actuellement de dimensions plus faibles qu'il ne l'est parfois. Enfin, il existe une gastrite mamelonnée, régulière extrêmement intense en capitules floraux sur l'ensemble du fundus mais surtout la face postérieure.

Le malade est soumis à un traitement comportant : régime, bismuth, mucine, collargol, belladone et séries d'injections d'extrait parathyroïdien et de protéine.

En l'espace de 5 mois les douleurs diminuent progressivement puis cessent.

OBSERVATION V.

GASTRITE ET PÉRIGASTRITE.

M. De..., âgé de 32 ans.

Perforation il y a 5 ans siégeant sur la petite courbure gastrique. Intervention à la 14^e heure. Résection en selle.

Après l'intervention les douleurs persistent. Un an après, une 2^e intervention est pratiquée. Le chirurgien trouve la

région hépatique collée à la petite courbure et des adhérences épiploïques. Il pratique une gastro-entérostomie à gauche.

Actuellement subsistent des douleurs presque continues para-ombilicales, il y a un amaigrissement important. La palpation réveille un point douloureux extrêmement sensible dans la région de la grande courbure.

L'examen radiologique montre un estomac allongé. Rien ne passe par la gastro-entérostomie. Le transit se fait facilement par le pylore. Il existe une encoche sur la grande courbure.

GastroscoPie. — A signaler dans la région de la petite courbure des plis cérébriformes sans érosion visible. Muqueuse non saillante. Aspect velouté, mamelonné entre les gros plis. Gastro-entérostomie devinée sous un gros pli l'aplatissant en amont de l'antré. Pylore immobile. L'estomac est grand, l'antré paraît allongé.

L'année suivante, le malade présente un épisode subaigu, (douleurs, asthénie, vomissements), on trouve une sensibilité très vive à l'épigastre, une hyperesthésie superficielle, une défense du grand droit gauche, à tel point qu'on conseille au malade une hospitalisation d'urgence. Le malade refuse d'entrer à l'hôpital. Ces signes alarmants disparaissent spontanément.

Un an après, le malade donne de ses nouvelles, il souffre toujours, le bismuth calme ses douleurs.

OBSERVATION VI.

ULCÈRE GASTRIQUE.

Madame Pr..., âgée de 33 ans.

Ulcère perforé il y a 16 ans, précédé d'antécédents gastriques datant de 6 mois. Pendant 16 ans, aucun trouble. Depuis quelques mois reprise de douleurs, 1/2 tardives, cram-poïdes, transversales; pas de douleurs nocturnes, amaigrissement de plusieurs kilogs. L'appétit est conservé. Les règles sont normales.

Examen clinique. — Outre une langue sèche, on trouve une très vive sensibilité du triangle épigastrique.

Chimisme gastrique. — Après bismuth, H = 1,94.
A = 3,78.

Examen radiologique. — La bouche de la gastro-entérostomie est bien ouverte et présente une fonction normale.

1^{re} Gastroskopie. — Bouche de G. E. antérieure se contractant énergiquement au début, puis insensiblement en relâche. Bouche de G. E. béante, valvule du cardia ouverte. Pas de gastrite, muqueuse rose, non fragile. Point blanc qui mesure de 10 à 12 mm sur la face postérieure sur un léger bombement à 4 ou 5 cm. et après de la bouche de la G. E. rigoureusement normale.

Le traitement institué et qui comprend : régime, laxatifs, séries successives de paraffine, pepsine, bismuth, amène une amélioration sensible en quelques semaines.

Pendant deux ans, le malade ne souffre plus que, puis de nouveau les douleurs reprennent, douleurs surtout nocturnes.

Examen radiologique. — Encadrant tardif par la bouche de gastro-entérostomie. Perforation impossible de déceler l'axe anastomotique.

2^e Gastroskopie. — Minceuse en deux ans, une tige de 10 retrouve seulement au milieu de la face antérieure une constriction pôle, à contours diffus nettement au site de perforation.

Le traitement médical est repris avec de l'effort. Au bout d'un mois, les douleurs ont bien diminué.

OBSERVATION VII

HÉMORRAGIE CHEZ UN GASTRO-ENTÉROSTOMISÉ. — GASTRO-JÉJUNITE.

M. Fe... âgé de 48 ans.

Perforation d'un ulcère duodénal il y a 6 ans. L'intervention a consisté en une suture avec gastro-entérostomie oesopha-

mentaire. Récemment, ce malade a fait à 3 semaines de distance deux hémorragies qui se traduisent par du melœna. Il ne souffre pas du tout.

Examen radiologique. — Très petite niche de la petite courbure.

Le malade est mis au repos et à un traitement médical actif : bismuth, belladone, mucine. Injections de protéine et de parathyroïde. Par la suite, le malade va bien, puis 5 mois après de nouveau se produit un melœna.

La numération sanguine donne les chiffres suivants :

G. R.	3.760.000
G. B.	6.400
H.	77 %
V. G.	1,04

Gastroscopie. — La G. E. est haute, spasmée, se présente sous forme d'une fissure à peine entr'ouverte, perdue dans un repli de la région cérébroïde, les plis adjacents à la stomie sont œdématisés, rouge vermillon, sans ulcération, ni érosion. Hypersécrétion abondante.

On poursuit le traitement médical avec : collargol, bismuth, extrait parathyroïdien.

OBSERVATION VIII.

GASTRITE ULCÉREUSE.

M. Gr..., âgé de 40 ans (malade du service du D^r DESMARET)

La perforation d'un ulcère pyloro-duodénal a eu lieu il y a 2 ans. A ce moment, son passé gastrique remontait déjà à 10 ans. Il avait eu des poussées douloureuses, une hématomèse, mais depuis 4 ans il ne souffrait plus du tout. Un mois seulement avant la perforation le malade ressentait une douleur de l'épaule gauche constante progressive et dans les jours qui précédèrent la perforation, du ballonnement épigastrique.

L'intervention consiste à suturer et à enfouir sous épiplooplastie une perforation grosse comme une lentille dans une zone indurée grande comme une pièce de 50 centimes :

Le 5° jour après la perforation survient brusquement un *melæna considérable*. La tension artérielle tombe à 9-4, les globles rouges à 1.600.000 en quelques jours et l'on doit faire des transfusions répétées. Le *melæna* s'arrête en moins de trois jours. Presque aussitôt apparaissent des douleurs épigastriques avec sensations de brûlures et régurgitations.

On remonte le malade et on le prépare pour une nouvelle intervention.

La *numération sanguine* devient presque normale :

G. R.	4.560.000
G. B.	8.000
Hem.	80 %

Le *tubage gastrique* (pratiqué à plus de 15 jours de l'hémorragie) ramène un suc gastrique hyperacide, après repas peptoné : H = 2,45. A = 3,50, avec présence de sang et d'acide lactique.

2° *intervention*. — Le 19 janvier 1937, c'est-à dire deux mois après la perforation, on trouve de fortes adhérences entre la partie supérieure du péritoine et le foie. Au niveau de l'ulcère : séreuse dépolie, pas de cicatrice, pas de traces d'épiplooplastie. Toute la région pylorique est fixée.

Etant donné que la pylorectomie serait très difficile et que l'état général du malade laisse à désirer (tension artérielle basse) on se contente d'une gastéo-entérostomie large. Au cours de l'opération on constate que la muqueuse est granitée, épaisse et très fortement vascularisée. Un prélèvement en est fait pour examen histologique.

L'examen histologique ne décèle pas d'altération pathologique.

Un *examen radiologique* pratiqué quelques semaines plus tard ne montre pas d'image d'ulcus visible. L'évacuation débute rapidement puis se continue seulement par petites bouchées, le passage se fait par les deux voies, mais plus par le pylore.

Après cette intervention, pendant un an le malade ne souffre plus.

Un an après, à nouveau, apparaissent des douleurs sourdes continues, localisées au creux épigastrique, irradiant dans le dos et l'épaule gauche, d'horaire tardif (faim douloureuse).

GastroscoPie. — Spasmes étagés, antre et pylore normaux. Bouche de la G. E. exactement à l'entrée de l'antre près de la grande courbure devant le Pilier postérieur, G. E. paraissant intacte. A 5 ou 6 cm en amont de la G. E. en pleine face postérieure, au centre d'une plage de gastrite mamelonnée intense, ulcérations vaguement triangulaires, superficielles sauf l'une d'elles, large de 7 à 8 mm., qui est légèrement bordée. Muqueuse haute extrêmement fragile, saignant légèrement au cardia. En somme gastrite ulcéreuse, mais non pas ulcère de Cruveilhier.

OBSERVATION IX.

GASTRITE SIMPLE ET PEUT-ÊTRE PÉRIGASTRITE.

M. Ob..., âgé de 44 ans.

A fait il y a 10 ans une perforation d'ulcère qui siégeait sur l'estomac. L'intervention a consisté en une simple suture. On serait réintervenu quelque temps après pour une éviscération et on aurait constaté alors l'existence de périgastrite.

Pendant 9 ans, ce malade n'a présenté aucun trouble. Récemment, il a ressenti quelques douleurs, sans caractères précis.

Examen radiologique. — Bouche de gastro-entérostomie haut situé, mais bonne évacuation. Anomalies de l'image duodénale interprétées par le radiologue comme périiduodénite.

Chimisme gastrique après Histamine : H = 0,21. A = 0,80.

GastroscoPie. — Estomac allongé très difficile à distendre,

bien que le malade ne renvoie pas l'air. Spasmes étagés. Plis très développés. Muqueuse très rouge, lac muqueux bilieux abondant. Antre petit, pylore visible, kinésie irrégulière. Sur la petite courbure à la face postérieure, à 3 centimètres en arrière du pilier postérieur, petite tache nacrée, foncée, rayonnante (cicatrice de l'ulcère), muqueuse fragile

OBSERVATION X.

ULCÈRES MULTIPLES. — GUÉRISON. — PEUT-ÊTRE RÉCIDIVE DUODÉNALE.

M. Te..., âgé de 38 ans.

Perforation d'un ulcère il y a 3 ans. Le malade souffrait alors de l'estomac depuis un an.

Intervention. — Suture d'un ulcère perforé de la face postérieure de l'estomac. Pendant deux ans, il n'y a aucune douleur, cependant le malade suit très régulièrement un traitement médical. Il reçoit 8 séries de 10 injections de parathyroïde. Deux mois après la dernière série apparaissent à nouveau des douleurs tardives, irradiant à l'omoplate gauche, calmées par l'alimentation. Le malade a maigri de 2 kilogs.

GastroscoPie. — L'estomac est de grande dimension. On voit six ulcérations groupées à la région moyenne de la face postérieure et presque toutes sur une ligne horizontale. Leur dimension est de 3 à 6 millimètres. Ces ulcères sont tous profonds, à peine jaunâtres. Le plus grand est dans l'antre, il répond sans doute à l'ulcère perforé. On y aperçoit quelque chose qui pourrait être un fil de suture. Les plis sont très développés, la muqueuse congestionnée. La kinésie gastrique est normale. (*Cf. Planche, fig. 1*).

Le traitement médical est poursuivi : bismuth, mucine et injections de protéine et d'histidine. Les douleurs disparaissent mais quelques petits troubles persistent : aigreurs lorsque le malade prend du vin, pesanteurs épigastriques après les repas.

Le *chimisme gastrique* pratiqué 6 mois après la gastroscopie donne après histamine : H = 3,65. A = 4,32.

Un traitement au collargol est mal toléré. Le malade continue à ne pas souffrir, le poids se maintient.

Environ 15 mois après la gastroscopie les douleurs réapparaissent. Pesanteur épigastrique avec douleur franche. 3 heures après les repas du midi et du soir et faim douloureuse. Les douleurs sont calmées par les aliments.

Examen clinique. — Ballonnement et sensibilité épigastrique et sus-ombilicale droite.

Examen radiologique. — Evacuation rapide, quelques petites anomalies sur le duodénum.

2° *Gastroscopie.* — Non seulement les ulcérations ont disparu, mais la muqueuse est d'aspect normal. Il y a un peu d'hypersécrétion.

OBSERVATION XI.

DOULEURS TARDIVES. — RIEN A L'EXAMEN.

M. Va..., âgé de 43 ans

Perforation d'un ulcère il y a 6 ans, la perforation a été précédée de douleurs épigastriques tardives plus ou moins intenses mais durant depuis 4 ans. L'intervention a consisté en une suture et enfouissement. Pendant 4 ans le malade va bien puis se remet à nouveau à souffrir. Il y a 2 ans, il est réopéré pour ces douleurs et on pratique une gastro-entérostomie. De nouveau le malade est bien pendant près de 2 ans. Depuis quelques mois les douleurs ont recommencé, douleurs tardives calmées par les repas.

Examen radiologique. — rien d'anormal.

Gastroscopie. — Estomac normal, pas de trace de gastrite. Gastro-entérostomie impeccable au milieu de la face postérieure de l'antre, étroite (12 mm.) sans la moindre trace d'inflammation.

OBSEVATION XII.

PÉRIVISCÉRITE ET ULCUS PEPTIQUE.

M. Ya..., âgé de 44 ans.

Opéré il y a 11 ans pour perforation. Perforation, survenue chez un ancien dyspeptique (depuis 6 ans), à la fin d'une poussée douloureuse de 15 jours dont le début avait été marqué par une hématomèse. L'intervention pratiquée fut une simple suture.

Pendant 4 ans, le malade va bien, puis survient une poussée douloureuse avec hématomèse. Quelque temps après, le malade fait des accidents de sub-occlusion intestinale et il est opéré à nouveau. Le protocole suivant constitue les seuls renseignements que nous ayons eu sur cette intervention :

gastro-entérostomie et entéro-entérostomie;

ancien ulcère du duodénum et adhérences de l'intestin grêle à la paroi abdominale ayant provoqué des signes d'occlusion intestinale subaiguë.

Pendant environ 4 ans, de nouveau, il n'y a aucun trouble. Depuis 2 ans, il existe chez ce malade une diarrhée importante (5 à 10 selles liquides par jour) avec un amaigrissement de 11 kg. depuis un an. Enfin depuis quelques mois sont apparues des douleurs, prolongées, continues, assez vagues, siégeant à droite.

Examen radiologique. — Conclut à une périviscérite.

Gastroscopie. — Estomac très déformé par la périviscérite. Bombement violent de la face antérieure, avec une muqueuse très peu fragile, lisse, succulente, pultacée, franchi ce bombement de la face antérieure, on pénètre dans un estomac à plis très développés, très sécrétant avec une pylorokinésie intense, aboutissant à des contractions fermant le pylore en épingle. A 4-5 heure, bouche de gastro-entérostomie haute avec une grande poche gastrique circulaire au-delà de laquelle se contracte rythmiquement un orifice

jéjunal extrêmement étroit. Aucune ulcération n'est visible.

Intervention. — (Professeur Pierre DUVAL). Ancienne gastro-entérostomie antérieure avec jéjuno-jéjunostomie. Ulcère peptique jéjunal. Résection de l'anse grêle et de la bouche de G. E. Ouverture du colon. Suture de l'estomac, du jéjunum et du colon, pas de trace d'ulcère pylorique.

Trois mois après, de nouveau apparaissent des douleurs après les repas, et à droite. A l'examen, il existe une douleur localisée et une contracture du grand droit du côté droit.

OBSERVATION XIII.

TRAITEMENT SYSTÉMATIQUE APRÈS PERFORATION, SUIVI 20 MOIS.

M. Wa..., âgé de 42 ans.

Consulte parce qu'il souffre de l'estomac depuis de très nombreuses années (17 ans). Ses douleurs s'accompagnent d'un amaigrissement récent, d'anorexie.

Le malade convoqué pour une gastroscopie perfore un ulcère la veille.

Intervention à la 7^e heure. On trouve un ulcère de la face antérieure de la région prépylorique, gros comme une lentille. Les parois sont souples, on fait une suture en 2 plans.

Pendant 20 mois le malade est traité régulièrement et revu périodiquement (régime, mucine, bismuth, injections de parathyroïde). Au bout de ce délai, il n'avait eu aucun trouble.

OBSERVATION XIV.

DIARRHÉE APRÈS G. E. — PAS DE DOULEURS DE- PUIS 7 ANS.

Madame Ad..., âgée de 34 ans.

Ulcère du bulbe perforé il y a 7 ans. Elle souffrait alors

depuis 9 ans. La perforation est survenue à l'issue d'une longue crise douloureuse.

Intervention. — Suture et gastro-entérostomie complémentaire.

La malade est suivie pendant 7 ans, aucune douleur, mais poussées de diarrhée assez fréquente.

OBSERVATION XV.

G. E. NE FONCTIONNANT PAS. — STÉNOSE SOUS-VATÉRIENNE SPASMODIQUE.

M. Ba..., âgé de 35 ans.

Perforation d'un ulcère du duodénum il y a 2 ans.

Intervention. — Suture et gastro-entérostomie complémentaire. Ce malade souffre depuis plus d'un an, après les repas se plaint « d'aérophagie ».

Examen radiologique. — La gastro-entérostomie ne fonctionne pas. Evacuation pylorique rapide, mais dilatation de la 2^e portion du duodénum avec antipéristaltisme et brassage.

Un traitement médical comprenant bismuth et belladone amène une sédation immédiate des troubles.

OBSERVATION XVI.

GUÉRISON MAINTENUE DEPUIS 9 ANS.

M. Le..., âgé de 31 ans.

Perforation d'un ulcère duodénal.

Intervention. — Suture et gastro-entérostomie complémentaire.

Le malade est soumis immédiatement à un traitement qui consiste essentiellement en : régime et bismuth.

Aucune douleurs pendant 9 ans.

OBSERVATION XVII.

DIARRHÉE APRÈS G. E. — (PAS DE DOULEURS DEPUIS 5 ANS).

M. Le..., âgé de 46 ans.

Opéré il y a 5 ans pour perforation d'un ulcère du duodénum. Perforation survenue après une longue période de troubles digestifs. L'intervention a consisté en suture et gastro-entérostomie complémentaire.

Le malade est soumis à un traitement médical : régime, bismuth. Depuis quelque temps il ressent quelques rares troubles, faim intempestive, diarrhée de temps en temps.

Examen radiologique. Rien d'anormal, bon fonctionnement de la gastro-entérostomie.

Examen coprologique des selles. Selles d'évacuation ralentie, sans hypersécrétion. Putréfaction.

OBSERVATION XVIII.

ULCÈRE PERFORÉ DE L'ANTRE. — CANCER DÉVELOPPÉ MOINS D'UN AN APRÈS.

M. Sch..., âgé de 37 ans.

Perforation grosse comme une lentille d'un ulcère non calleux de la région prépylorique antérieure. Le malade avait une histoire nette de douleurs post-prandiales tardives remontant à 3 ans.

Intervention. — Suture simple.

Le malade est soumis à un traitement régulier : régime, bismuth. Reçu régulièrement. Pendant 8 mois il n'y a aucun trouble, sauf un épisode passager de coliques et diarrhée avec douleurs gastriques et vomissements. Au bout de ce laps de temps le malade se met brusquement à maigrir.

Examen radiologique. — Sténose incomplète du pylore, image lacunaire.

Intervention. (P^r Pierre DUVAL). — Enorme tumeur pylorique, dure, végétante, adhérente, gros ganglions pré-aortiques. Gastro-entérostomie.

OBSERVATION XIX.

RÉCÉDIVICE MOINS D'UN AN APRÈS PERFORATION. — GROS ULCÈRE CALLEUX. — ACHLORHYDRIE.

M. Si..., âgé de 36 ans.

Ancien syphilitique bien traité, a perforé un ulcère de la face antérieure de l'antra juxta-pylorique, il y a 6 ans. Il n'avait presque jamais souffert de l'estomac. La suture simple de l'ulcère a été suivie d'une accalmie de 4 à 5 mois puis sont apparues des douleurs épigastriques assez intenses pour lesquelles on réintervient.

2^e intervention. — 8 mois après la perforation. On trouve un très gros ulcère juxta-pylorique. On fait une gastro-entérostomie. Le malade n'a jamais été bien depuis. Il se plaint d'aigreurs, d'oppression, de gêne, de temps en temps vomit, se fatigue facilement. C'est pour ces troubles qu'il vient consulter, 3 ans après la 2^e intervention.

Il ne suivait jusqu'alors aucun traitement.

Examen radiologique. — Antre déformé, double évacuation pylorique et par la gastro-entérostomie.

Chimisme gastrique. — H = 0. A = 0,36.

Il lui est conseillé le repos, un régime alimentaire, un traitement comprenant : bismuth, belladone.

Depuis ce traitement il va mieux. Il a encore quelques troubles aux écarts de régime, et lors de surmenage surtout aigreurs, pyrosis, quelques crises douloureuses aussi, mais que le bismuth calme.

OBSERVATION XX.

STÉNOSE DU PYLORE. — TRAITEMENT MÉDICAL DEPUIS 10 ANS.

M. Vi..., âgé de 37 ans.

Est soigné pendant de très nombreuses années pour un ulcère duodénal. Il y a 10 ans cet ulcère se perfore à la face postérieure extra-péritonéale du duodénum provoquant un abcès qui est évacué par voie postérieure.

L'*examen radiologique* pratiqué peu de temps après, montre un certain degré de sténose du pylore.

Malgré cette sténose le malade préfère suivre un traitement médical et depuis 10 ans au prix d'un régime assez sévère et de prises très régulières de carbonate de bismuth, réussit à conserver une santé assez satisfaisante pour lui permettre d'exercer une profession assez pénible.

OBSERVATION XXI.

HÉMATÉMÈSE. — GASTRECTOMIE. — GASTROSCOPIE :
MUQUEUSE NORMALE.

M. Ni..., âgé de 34 ans.

A été opéré d'urgence il y a 4 ans pour ulcère perforé du pylore. En janvier dernier il a fait une forte hématomèse en raison de laquelle on a fait le mois suivant une gastrectomie. Nous n'avons pas d'autre précision.

Il est demandé pour ce malade, 4 mois après la gastrectomie, une gastroscopie.

Gastroscopie. — Estomac très réduit présentant à son extrémité inférieure la suture godronnée des polya, et au-dessus une ouverture large gastro-jéjunale, muqueuse normale, pas de trace d'irritation, ni ulcère.

OBSERVATION XXII.

PÉRIVISCÉRITE.

M. M..., âgé de 26 ans

A fait il y a quelques années une perforation d'un ulcère du bulbe. Le malade souffrait alors depuis longtemps. La 1^{re} intervention faite d'urgence a consisté en une suture simple, un an plus tard, pour une raison non connue il a été pratiqué une gastro-entérostomie (D^r DESMARET). Depuis quelque temps sont apparus quelques maux de ventre peu prononcés et assez intermittents.

GastroscoPie. — Estomac très petit, intolérant à l'air, à parois très sensibles à la pulsion. Bouche de gastro-entérostomie directement en bas, s'enfonce comme un puits avec un reflux biliaire incessant. Dans son ensemble la muqueuse présente des plis nombreux et assez serrés, peut-être un peu hyperémiés, mais sans œdème, sans lésion, ni fragilité, ni dépôts pultacés. La situation de la bouche implique une légère rotation de l'estomac sur un grand axe en bas et en avant.

OBSERVATION XXIII.

LEUCOGASTRIE PONCTUÉE. — ULCÉRO-CANCER.

M. Gu..., âgé de 35 ans.

A fait, il y a 3 ans, une perforation d'un ulcère duodénal. La perforation suturée, le malade va bien pendant quelque temps, lorsqu'il y a 15 jours survient une hémorragie grave avec hématé-mèse et melaena.

Examen radiologique. — L'existence d'un gros recessus sous-cardiaque est révélée, qui n'est d'ailleurs pas retrouvé à un second examen fait le lendemain.

GastroscoPie. — L'examen est très difficile à cause de l'ac-

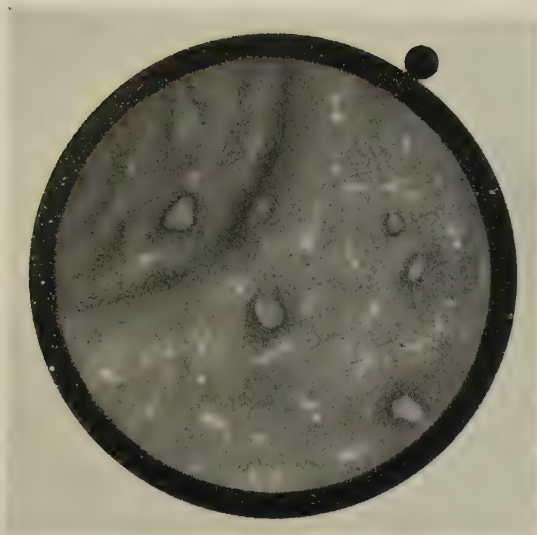


FIG. 1. OBS. X. — On voit, sur la face postérieure et le pilier postérieur, 6 ulcères groupés dans le champ du gastroscope.

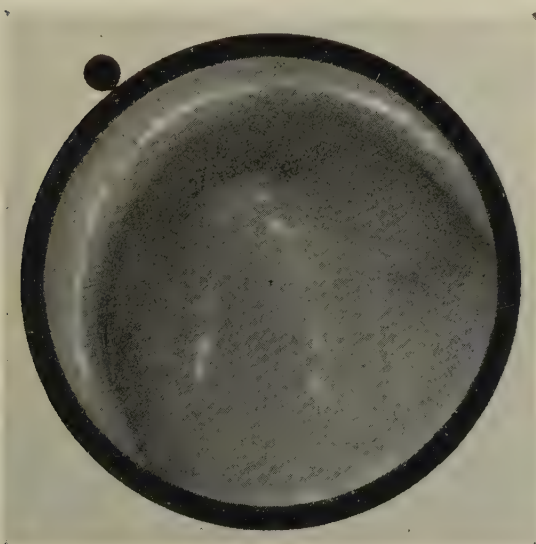


FIG. 2. OBS. XXIII. — On voit l'antré et la face inférieure du pyllore que soulève le bourrelet néoplasique. (Observation communiquée par Monsieur le Docteur MOUTIER au Congrès international de Gastro-entérologie, Paris 1937. *Le diagnostic précoce du Cancer de l'Estomac*).

cumulation de glaires. La gastroscopie confirme l'existence d'un recessus sous-cardiaque intéressant presque toute la hauteur de la face postérieure. Il existe une gastrite mosaïquée, haute, blanchâtre, sur la petite courbure et la face postérieure jusqu'à 8 cm. du cardia. L'antrum est normal à tous points de vue. Le pylore se contracte d'une façon irrégulière, sa moitié inférieure seule fait saillie dans le canal pré-pylorique au moment de la contraction terminale. (*Cf. Planche, fig. 2*).

2° *intervention*. — Une gastrectomie pratiquée par le Pr Pierre DUVAL, montre à l'examen de la pièce :

1°) une épithélite maculeuse et ponctuelle blanche de la partie haute de la voie gastrique;

2°) un ulcère duodéno-pylorique de 8 à 10 mm. de diamètre, hémorragique dont la partie interne déborde sur le versant gastrique.

L'examen histologique montre une dégénérescence cancéreuse de la partie gastrique de l'ulcère.

CONCLUSIONS

I. — La récurrence ulcéreuse après perforation est un fait d'observation d'autant plus fréquente que les anciens opérés auront été suivis pendant plus longtemps.

II. — Chez ces malades, l'apparition de troubles gastriques ne doit pas être attribuée automatiquement à un ulcère. Il peut s'agir même avec un syndrome clinique d'ulcère, de gastrites, parfois de péri-gastrites, d'où la nécessité d'investigations approfondies comportant entre autres un examen radiologique et une gastroscopie.

III. — L'amélioration des résultats éloignés après perforation ulcéreuse doit être recherchée plus dans une surveillance et un traitement médical systématique après intervention minima que dans une opération d'emblée complète.

IV. — En présence d'une récurrence ulcéreuse, il convient d'essayer un traitement médical. S'il échoue, la résection pourra se trouver indiquée.

V. — En tout cas, la suture d'un ulcère perforé ne saurait être tenue pour la conclusion définitive

de l'histoire de cet ulcère. Cette éventualité est possible, mais le plus souvent la suture sera seulement la conclusion d'une étape. Des accidents ultérieurs, ulcéreux ou non, précoces ou tardifs, aigus ou cliniques, demeurent toujours possibles.

Vu : Le Président de Thèse,

VILLARET.

Vu : Le Doyen,

M. TIFFENEAU.

Vu et Permis d'Imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ASCHMER et GROSSMANN. — Gastrite et duodénite en rapport avec le problème de l'ulcère. Etude de 124 cas de gastrectomie partielle. *Surg. Gyn. Obst.* Sept. 1933.
- BASSET — Résultats éloignés des interventions pour ulcères perforés. *Bull. et Mém. Soc. Chir. de Paris*, 1924.
- BERTRAND (René). — Hémorragies gastriques dans les suites opératoires des ulcères perforés de l'estomac. *Soc. Chir. Lyon*, 30 mai 1929.
- BIZARD. — Suites éloignées des ulcères perforés. Congrès de Chirurgie, 1931.
- BIZARD et MALATRAY. — Avenir des Perforations d'ulcères gastro-duodénaux. *Echo Méd. Nord*, Janvier 1935.
- BOYER. — Traitement des Perforations des ulcères gastro-duodénaux. *Thèse Paris*, 1936.
- BLAGDON et SIMARD. — Ulcère anatomiquement guéri par la chirurgie. *Union Médicale du Canada*, Juillet 1934.
- BROCQ et ABOULKER. — La place actuelle de la gastrectomie dans le traitement des perforations des ulcères. *Pr. Méd.* 13 février 1937.
- CABLE (J. V.). — Résultats éloignés du traitement chirurgical des ulcères perforés. *Brit. M. J.* 2-20 août 1938.
- CALVET (J.). — Sur 43 cas d'ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. *Pr. Méd.*, N° 2, 1935.
- CAPETTE et PELLE. — Discussion des communications de MM. PERVES et BADELON. *Mémoires Académie de Chir. de Paris*, Février 1937.
- CARAYANNOPOULOS et CHRISTEAS. — 18 cas de perforation, 13 gastrectomies. *Mém. Acad. Chir.* Juillet 1936.
- CARDINAUD. — Résultats éloignés du traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux. *Thèse Bordeaux*, 1933.

- CAREY. — Observations gastrosopiques sur l'estomac après opération. *Surg. Gyn. and Obst.* Oct. 1937.
- CHABRUT. — 25 cas de perforation d'ulcères gastro-duodénaux. *J. de Chir.* Fév. 1931.
- CHEVALLIER (P.) et MOUTIER. — Hémorragies gastriques et leur contrôle endoscopique. *Pr. Méd.* 14 nov. 1936.
- CHEVALLIER (R). — Les hémorragies gastriques. Etude gastrosopique. *Lyon Médical*, 3 janvier 1937.
- La gastrite péri-ulcéreuse. Diagnostic gastrosopique. *J. de Méd. de Lyon*, 20 janvier 1936.
- CLAVEL et CORAJOD. — Les ulcères perforés restent-ils guéris ? *Lyon Médical*, Mai 1934.
- COURBOULES. — Perforation latente d'un ulcère duodénal. *Bull. Mém. Soc. Nat. de Chir.* Janv. 1934.
- CREYSSSEL et DE MOURGUES. — Résultats immédiats et éloignés des interventions pour ulcères gastro-duodénaux perforés. *Rev. de Chir.*, N° 8, Oct. 1933.
- CURTILLET. — 37 cas d'ulcères perforés en péritoine libre. *Pr. Méd.*, 8 déc. 1937.
- DELORE et GABRIELLE. — Ulcère récidivant après gastrectomie. *Lyon Chir.*, N° 3, 1936.
- DELORE. — 2 cas de récidence d'ulcus gastrique après gastrectomie. *Lyon Médical*, 6 décembre 1938.
- DELORE et GABRIELLE. — Des gastrites hémorragiques. *J. de Méd. de Lyon*, 22 mai 1935.
- DELREZ. — Traitement des ulcères gastro-duodénaux, 142 cas. *Rev. de Chir.*, N° 2, 1936.
- DRAGOMIRESCO. — Etude critique sur 23 cas d'ulcères perforés en péritoine libre. *Arch. des Mal. de l'App. dig.*, 1936.
- DUVAL (J.). — Avenir des ulcères perforés. *Arch. Médico-chir. de Normandie*. Fév. 1934.
- Quel est l'avenir des malades opérés d'ulcères perforés ? *Gaz. Médicale de France*, Mars 1936.
- DUVAL (P.). — Communication à l'Académie de Chirurgie.
- ELIASON. — Effet de la perforation sur l'ulcère. *Ann. J. Surg.* 41, Sept. 1938.
- FALLIS. — Analyse de 100 cas d'ulcères perforés. *Ann. J. Surg.* Septembre 1938.

- GANDY. — Les ulcères gastro-duodénaux perforés en péritoine libre. *Thèse Paris*, 1934.
- GATELLIER et MOUTIER. — Encyclopédie médico-chirurgicale. Estomac-intestin.
- GERHARHDT. — Résultats du traitement de la perforation de l'ulcère gastro-duodénal à la clinique universitaire de Vienne, 1919-1933. *Wiener Klinische Wochen.* 13 nov. 1936.
- GOSSET (A.) et LERICHE. — Traitement de l'ulcère peptique post-opératoire. *Congrès de Chirurgie*, 1931.
- GOSSET (J.). — Perforation itératives. *Pr. Méd.* Fév. 1938.
- GRUNBERG-JONCKERE. — Sur l'enfouissement linéaire des ulcères perforés. Suture invaginant. Suture oblitérante. *Le Scalpel*, 7 nov. 1936 et *Le Scalpel*, 10 juillet 1937.
- GUILLEMINET et LATREILLE. — Résultats du traitement des ulcères gastro-duodénaux. *J. de Chir.* Mars 1929.
- GUTHRIE et SHARER. — Guérison définitive après perforation des ulcères gastro-duodénaux. *J. A. M. A.*, 26 septembre 1936.
- GUTMANN. — Evolution des ulcères. *Soc. Rad. Méd. France*, 14 juillet 1936.
- GUTMANN. — Critère d'efficacité dans le traitement médical des ulcères. *Pr. Méd.* 15-11-1936. *Arch. Mal. App. dig.* Avril 1936.
- HAMANT et ROTHAU. — Considérations cliniques d'après 120 observations de perforations gastro-duodénales. *Rev. Méd. de Nancy*. Oct. 1937.
- HEIM. — Résultats éloignés des ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. *Zentr. fur Chir.* Leipzig, 5 juin 1937.
- HENNING (N.). — La gastrite consécutive aux opérations sur l'estomac. *Zentralblatt f. inn. Med.*, 21-1-1933.
- JACQUELIN-GANDY. — Ulcère térébrant à évolution rapide. *Arch. Mal. App. dig.*, 1936.
- KALK. — Les échecs de la chirurgie de l'ulcère gastro-duodénal. *Der Chirurg.*, 15 mai 1936.
- KORBSCH. — A propos de la gastrite post-opératoire. Contribution gastrosopique. *Deutsche Mediz. Wochens.*, 12 mai 1933.

- HADY (A.). — Résultats tardifs de 150 opérations pour ulcères gastro-duodénaux perforés. *Orvosi Hetil.*, 22 février 1936.
- LAINE. — Résultat éloigné du traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux. *Thèse Lyon*, 1927.
- LECÈNE. — Résultats éloignés du traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés. *Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, p. 275, 1924.
- LECÈNE et LERICHE. — Thérapeutique chirurgicale.
- LE GAC (P.). — Malade opéré successivement d'ulcère duodénal perforé puis d'ulcère peptique perforé. Résultats après 10 ans. *Bull. et Mém. Soc. des Chir. de Paris*, 5 juin 1936. Cf. aussi *J. de Méd. de Paris*, 29 octobre 1936.
- LEROY. — A propos de deux cas de pylorectomie pour ulcère perforé. *Thèse Paris*, 1931.
- LEWISOHN. — Persistance d'un ulcère duodénal après suture d'une perforation. *Surg. Gyn. Obst.* Janvier 1937.
- Résultats tardifs dans les ulcères gastro-duodénaux. *Ann. of Surg.*, 6 juin 1928.
- LEY. — Perforation itérative chez un septuagénaire. *Brit. Méd. Journal*, 16 mai 1936.
- LUQUET (G.). — L'avenir éloigné des opérés pour perforation d'ulcères gastriques ou duodénaux. *Bull. et Mém. Soc. des Chirurgiens de Paris*, 5 juin 1936.
- Complications à distance dans deux cas d'ulcères perforés du duodénum. *Bull. et Mém. Soc. des Chirurgiens de Paris*. 2 juillet 1937.
- LYSAGHT-WILLIAMS. — Perforation récidivante d'un ulcère du pylore. *The Lancet*, Avril 1937.
- MAGE. — Ulcère duodénal récidivant consécutif à une perforation précédente. *Ann. Surg.* Août 1936.
- MORENO. — Ulcères peptiques après gastrectomie. *Thèse Paris*, 1937.
- Avenir des ulcères perforés primitivement opérés par suture et enfouissement. *Arch. Hospit.*, N° 4, 1936.
- MOULONGUET. — La gastrite chronique folliculaire cause d'échec de la gastro-entérostomie pour ulcère. *Le Journal Médical*, Mars 1935.

- DE MOURGUES. — Résultats immédiats et éloignés des interventions pour ulcères gastro-duodénaux perforés. *Thèse de Lyon*, 1932.
- MOUTIER. — Diagnostic de la guérison de l'ulcère gastro-duodénal. *Arch. Mal. App. Dig.* Juillet 1931.
- Possibilités et limites du traitement médical dans l'ulcère gastro-duodénal. *Rev. Belge des Sc. Médicales*, N° 9, Nov. 1935.
- Traité de GastroscoPie. Masson, 1935.
- PAUCHET et LUQUET. — Ulcus duodénal géant. L'avenir des perforés gastro-duodénaux aigus opérés et soi-disant guéris. *B. de l'Ac. de Méd.*, 21-VII-1931.
- NEUMANN. — Traitement de l'ulcère gastro-duodénal perforé. *Arch. f. Klin. Chir.*, 11 mars 1926.
- PERRIN. — Résultats éloignés de la suture des perforations des ulcères gastro-duodénaux. *Lyon chir.*, 1924, p. 499, 1925, p. 864.
- PERVES et BADELON. — Perforations itératives d'ulcères gastriques et duodénaux. *Mém. Acad. de Chirurgie*, Février 1937.
- POLIQVIN. — 30 cas de perforations d'ulcère gastro-duodénal. *Union médicale du Canada*. Août 1938.
- SCHMIDT (Publ.). — Histologie des ulcères perforés. *Zentralbl. f. Chir.*, 25 avril 1936.
- RACHET. — La surveillance médicale des ulcéreux après la gastro-entérostomie. *Bull. Gén. de Thérapeutique*, N° 3, 1934.
- SALLICK. — Résultats éloignés des perforations traitées par simple suture. *Ann. of Surg.* Nov. 1936.
- SCHELLEY. — 82 cas d'ulcères perforés, statistique et radio. *Ann. J. of Surg.*, N° 2, 1932.
- SCHRAMM. — Développement d'ulcère récidivant après opération. *Deutsch. Ztschr. f. Chir.*, p. 249-271, 1937.
- SOSTEGNI. — Révision de 52 opérés pour perforation gastrique. *Soc. lomb. chir.* Juillet 1934.
- 100 interventions pour ulcère gastro-duodénal perforé. in *J. de Chir.* (analyses), Sept. 1934.

- SUCHMANN. — Complications de la gastro-entérostomie pour ulcères (cercle vicieux et ulcère peptique exceptés. *Thèse Paris*, 1937.
- STARLINGER. — Résultat du traitement chirurgical des ulcères. *Arch. f. Klin. Chir.*, 6 août 1937.
- TEODORORESCO. — Résultats post-opératoires éloignés dans les ulcères gastriques et duodénaux perforés. *Rev. de Chir.* Bucaresti. Mars-Avril 1938.
- THOYER-ROZAT et TARDIVEAUX. — Ulcus duodénal, perforation récidivante. *Soc. Radiol. Méd. France*, 13 nov. 1934.
- TONDEUR. — Dans quelle proportion les ulcères perforés opérés restent guéris ? *Rev. Chir.* N° 5, 1931.
- Résultats éloignés de divers types d'opérations pour ulcères perforés gastro-duodénaux. *J. de Chir. et Ann. Soc. Belge de Chir.* N° 9, Déc. 1933. *Le Scapel*, N° 8, 1934.
- URRUTIA. — Résultats éloignés des ulcères perforés opérés. *Ann. of Surg.* Juil. 1929.
- USUA MARINE. — Traitement de la perforation aiguë de l'estomac. Résultats tardifs. *Rev. de Chir.* Barcelona 1936-1937.
- DE VERNEJOUL. — 38 cas d'ulcères perforés en péritoine libre. *Soc. Chir.* Marseille, 4-2-1935.
- WHITE et PATERSON. — Résultats éloignés de la suture simple dans la perforation aiguë de l'ulcus duodénal. *Ann. of Surg.* Avril 1931.
- WILMOTH. — 42 cas d'ulcères perforés. *J. de Chir.* 1930, p. 712.

TABLE DES MATIERES

Introduction	13
Généralités	17
Syndrome ulcéreux	20
Gastrites	30
Sténoses	37
Périviscérîtes	39
Hémorragies	46
Perforations itératives	49
Cancer	50
Diagnostic	52
Thérapeutique	58
Observations	66
Conclusions	86
Bibliographie	88

